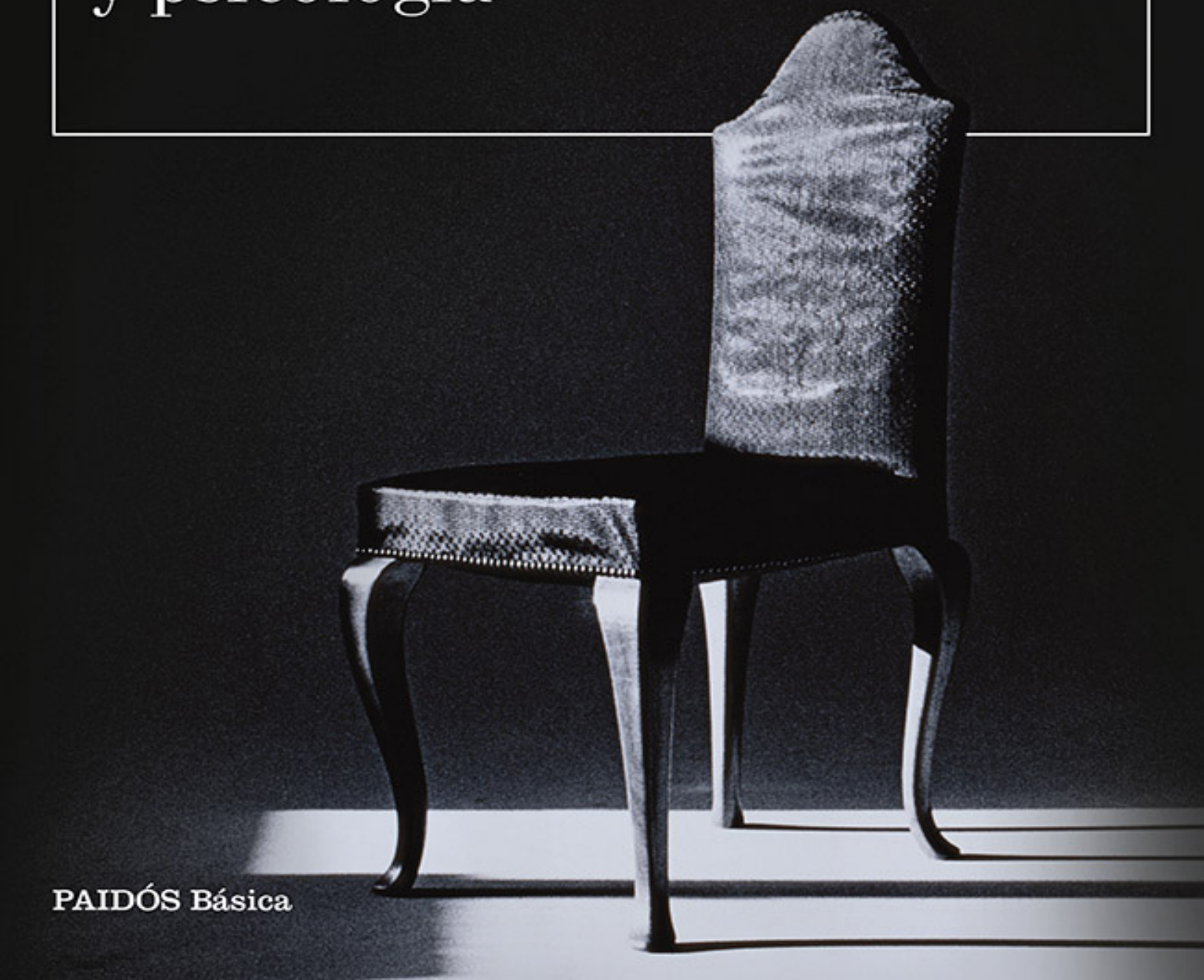
Michel Foucault

Enfermedad mental y psicología



PAIDÓS Básica

Índice

Portada
Introducción
Capítulo 1: Medicina mental y medicina orgánica
Primera parte. Las dimensiones psicológicas de la enfermedad
- Capítulo 2: La enfermedad y la evolución
- Capítulo 3: La enfermedad y la historia individual
- Capítulo 4: La enfermedad y la existencia

Segunda parte. Locura y cultura
- Introducción
- Capítulo 5: La constitución histórica de la enfermedad mental
- Capítulo 6: La locura, estructura global

Conclusión
Algunas fechas de la historia de la psiquiatría
Notas
Créditos

Gracias por adquirir este eBook

Visita **Planetadelibros.com** y
descubre una
nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones
Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:

Explora **Descubre** **Comparte**

INTRODUCCIÓN

Al abordar la cuestión de la enfermedad mental se imponen dos preguntas: ¿en qué condiciones se puede hablar de enfermedad en el terreno psicológico?; y ¿qué relaciones podemos definir entre los hechos de la patología mental y los de la patología orgánica? Todas las psicopatologías se han ajustado a estos dos problemas: están las psicologías de la heterogeneidad, que se niegan —como ha hecho Blondel— a interpretar como psicología normal las estructuras de la conciencia mórbida, y en el otro extremo están las psicologías analíticas o fenomenológicas, que procuran captar la inteligibilidad de toda conducta, aun la demente, en significaciones anteriores a la distinción entre lo normal y lo patológico. Encontramos una división análoga en el gran debate sobre la psicogénesis y la organogénesis: por un lado, se indaga la etiología orgánica —desde el descubrimiento de la parálisis general y su etiología sifilítica— y, por el otro, se analiza la causalidad psicológica, a partir de los trastornos sin fundamento orgánico, definidos a fines del siglo XIX como síndrome histérico.

Retomados tantas veces, estos problemas hoy hastían y no tendría sentido resumir los debates a que dieron lugar. Pero sí podemos preguntarnos si el hastío no se debe a que siempre se da el mismo sentido a nociones tales como enfermedad, síntomas o etiología, ya se esté hablando de patología mental o de patología orgánica. Si nos cuesta tanto definir la enfermedad y la salud psicológicas, ¿no será porque nos esforzamos en vano en aplicarles masivamente conceptos destinados también a la medicina somática? La dificultad de encontrar una unidad entre las perturbaciones

orgánicas y las alteraciones de la personalidad, ¿no procede de suponerles una estructura del mismo tipo? Más allá de la patología mental y la patología orgánica, hay una patología general y abstracta que domina a ambas y les impone, como prejuicios, los mismos conceptos y les indica, como postulados, los mismos métodos. Querríamos mostrar que la raíz de la patología mental no debe buscarse en ninguna metapatología sino en cierta relación, situada históricamente, del hombre con el «loco» y con el hombre verdadero.

Con todo, es necesario hacer un balance rápido para recordar cómo se constituyeron las patologías tradicionales o recientes y, al mismo tiempo, para mostrar de qué datos previos debe ser consciente la medicina mental si quiere encontrar un nuevo rigor.

Capítulo 1

MEDICINA MENTAL Y MEDICINA ORGÁNICA

Esta patología general a la que acabamos de referirnos se ha desarrollado en dos grandes etapas.

Como la medicina orgánica, la medicina mental trató primero de descifrar la esencia de la enfermedad basándose en la asociación coherente de los signos que la indican. Constituyó pues una *sintomatología* en la que se consignaron las correlaciones constantes o simplemente frecuentes entre tal enfermedad y tal manifestación mórbida: alucinación auditiva, síntoma de tal estructura delirante; confusión mental, signo de tal forma demencial. Por otra parte, la medicina mental constituyó una *nosografía* en la que se analizaron las formas mismas de la enfermedad, se describieron las fases de su evolución y se indicaron las variantes que puede presentar: así se establecieron las enfermedades agudas y las crónicas, se describieron las manifestaciones episódicas, las alternancias de los síntomas y su evolución a lo largo de la enfermedad.

Quizá sea útil esquematizar estas descripciones tradicionales, no solo a título de ejemplo, sino también para fijar el sentido original de términos que ya son clásicos.

Tomaremos prestadas de las viejas obras de comienzos del siglo XX algunas descripciones cuyo arcaísmo no debe hacernos olvidar que fueron al mismo tiempo culminación y punto de partida.

Dupré definía la *histeria* del modo siguiente: «Estado en el que la potencia de la imaginación y de la sugestionabilidad, unida a esa sinergia particular entre el cuerpo y el espíritu que he denominado

“psicoplasticidad”, desemboca en la simulación más o menos voluntaria de síndromes patológicos, en la organización mitoplástica de trastornos funcionales imposibles de distinguir de los que padecen los simuladores». [1] Esta definición clásica designa, pues, como síntomas mayores de la histeria: el carácter sugestionable y la aparición de trastornos tales como la parálisis, la anestesia, la anorexia que, en los casos en cuestión, no tienen un fundamento orgánico sino un origen exclusivamente psicológico.

A partir de los trabajos de Janet, se ha caracterizado la *psicastenia* como el agotamiento nervioso con estigmas orgánicos (astenia muscular, trastornos gastrointestinales, cefaleas), astenia mental (fatiga, impotencia ante el esfuerzo, desazón ante el obstáculo, difícil inserción en lo real y en el presente: lo que Janet llamaba «la pérdida de la función de lo real») y, por último, trastornos de la emotividad (tristeza, inquietud, ansiedad paroxística).

Las *obsesiones:* «aparición de obsesiones-impulso diversas, en forma de accesos paroxísticos intermitentes, en un estado mental ya habitualmente indeciso, de duda y de inquietud».[2] Las obsesiones se distinguen de la *fobia*, caracterizada por crisis de angustia paroxística ante objetos determinados (por ejemplo, agorafobia al encontrarse el enfermo en espacios abiertos), y también de la *neurosis obsesiva*, donde lo más sobresaliente son las defensas que el enfermo erige contra su angustia (precauciones rituales, gestos propiciatorios).

Manía y *depresión:* Magnan llamó «locura intermitente» a la forma patológica en que vemos alternar, en intervalos más o menos largos, dos síndromes que son sin embargo opuestos: el síndrome maníaco y el síndrome depresivo. El primero incluye agitación motriz, humor eufórico o colérico, una exaltación psíquica caracterizada por la verborragia, rapidez de las asociaciones y fuga de las ideas. La depresión, en cambio, se presenta como una inercia motriz en el marco de un humor triste, acompañado de una desaceleración psíquica. A veces aisladas, la manía y la depresión están asociadas con más frecuencia a un sistema de alternancia regular o irregular cuyos diferentes perfiles han sido bien descritos por Gilbert Ballet.[3]

La *paranoia:* sobre un fondo de exaltación pasional (orgullo, celos) y de hiperactividad psicológica, va desarrollándose un delirio sistematizado, coherente, sin alucinaciones, que cristaliza en una unidad seudológica de temas de grandeza, de persecución y de reivindicación.

La *psicosis alucinatoria crónica* también es una psicosis delirante, pero en este caso el delirio carece de una buena sistematización y a menudo es incoherente; los temas de grandeza terminan por imponerse a todos los demás en una exaltación pueril del personaje; finalmente lo que sostiene sobre todo este delirio son las alucinaciones.

La *hebefrenia*, psicosis de la adolescencia, ha sido descrita clásicamente como una excitación intelectual y motriz (parloteo, neologismos, juegos de palabras, manierismo e impulsos), caracterizada por alucinaciones y un delirio desordenado, cuyo polimorfismo va empobreciéndose poco a poco.

La *catatonia* se reconoce por el negativismo que manifiesta el sujeto (mutismo, rechazo de los alimentos, fenómenos que Kraepelin llama «bloqueos de la voluntad»), por su carácter sugestionable (pasividad muscular, conservación de actitudes impuestas, respuestas en eco) y, finalmente, por sus reacciones estereotipadas y sus paroxismos impulsivos (descargas motrices brutales que parecen desbordar todas las barreras instauradas por la enfermedad).

Habiendo observado que estas tres últimas formas patológicas, que aparecen bastante tempranamente en el desarrollo, tienden a la demencia, es decir, a la desorganización total de la vida psicológica (el delirio se desmorona, las alucinaciones suelen dar paso a un onirismo deshilvanado, la personalidad se hunde en la incoherencia), Kraepelin las agrupó bajo una denominación común: *demencia precoz.*[4] Bleuler retomó esta misma entidad nosográfica, la amplió a ciertas formas de la paranoia[5] y dio al conjunto el nombre de *esquizofrenia,* caracterizada, en términos generales, por un trastorno en la coherencia normal de las asociaciones —como una fragmentación o parcelamiento *(Spaltung)* del flujo del pensamiento— y, además, por la ruptura del contacto afectivo con el ambiente del individuo, debido a la imposibilidad de entrar en comunicación espontánea con la vida afectiva del prójimo (autismo).

Estos análisis de la patología mental tienen la misma estructura conceptual que los de la patología orgánica: en ambas se recurre a los mismos métodos para distribuir los síntomas en los grupos patológicos y para definir las grandes entidades mórbidas. Ahora bien, lo que hallamos detrás de este método único son dos postulados que conciernen, en ambos casos, a la naturaleza de la enfermedad.

Ante todo, se postula que la enfermedad es una esencia, una entidad específica que puede identificarse en virtud de los síntomas que la manifiestan pero que es anterior a ellos y, hasta cierto punto, independiente de ellos; luego se describe un fondo esquizofrénico oculto bajo síntomas obsesivos; se habla de delirios camuflados y se supone que una crisis maníaca o un episodio depresivo esconden la existencia de una locura maníaco-depresiva.

Junto a este prejuicio de esencia y como para compensar la abstracción que implica, vemos surgir un postulado naturalista que erige la enfermedad en especie botánica; la unidad que supuestamente consolida cada grupo nosográfico subyacente tras el polimorfismo de los síntomas sería comparable a la unidad de una especie definida por sus caracteres permanentes y diversificada en sus subgrupos: así la *demencia precoz* sería como una especie caracterizada por las formas últimas de su evolución natural y que puede presentar las variantes hebefrénicas, catatónicas o paranoides.

Si la medicina define la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aísla y reúne los síntomas psicológicos de la misma forma en que aísla y reúne los síntomas fisiológicos, lo hace sobre todo porque considera la enfermedad, sea esta mental u orgánica, como una esencia natural que se manifiesta por medio de síntomas específicos. Por consiguiente, entre estas dos formas de patología no hay una unidad real, sino solamente —y por intermedio de estos dos postulados— un paralelismo abstracto. Ahora bien, el problema de la unidad humana y de la totalidad psicosomática continúa estando enteramente abierto.

El peso de este problema hizo que la patología se orientara hacia nuevos métodos y nuevos conceptos. La noción de una totalidad orgánica y psicológica prescinde de los postulados que erigen la enfermedad en entidad específica. La enfermedad como realidad independiente tiende a desvanecerse y ya no se intenta atribuirle el papel de una especie natural respecto de los síntomas ni tampoco el papel de un cuerpo extraño respecto del organismo. Por el contrario, se privilegian las reacciones globales del individuo; la enfermedad ya no se interpone como una realidad autónoma entre el proceso mórbido y el funcionamiento general del organismo; ya no se la concibe como un corte abstracto en el devenir del individuo enfermo.

En el campo de la patología orgánica, recordemos, a título de indicación, el papel que cumplen hoy las regulaciones hormonales y sus perturbaciones, la importancia que se les reconoce a los centros vegetativos, como la región del tercer ventrículo que preside esas regulaciones. Sabemos que Leriche ha insistido en la necesidad de sustituir la patología celular por una patología tisular. Selyé, por su parte, al describir las «enfermedades de la adaptación», ha mostrado que la esencia del fenómeno patológico debía buscarse en el conjunto de las reacciones nerviosas y vegetativas que son como la respuesta global del organismo al ataque, al «estrés» procedente del mundo exterior.

En patología mental se concede el mismo privilegio a la noción de totalidad psicológica; la enfermedad sería una alteración intrínseca de la personalidad, una desorganización interna de sus estructuras, una desviación progresiva de su devenir; solo tendría realidad y sentido en el seno de una personalidad estructurada. Siguiendo esta línea, se ha tratado de definir las enfermedades mentales según la amplitud de las perturbaciones de la personalidad y así se ha llegado a distribuir los trastornos psíquicos en dos grandes categorías: las neurosis y las psicosis.

1) Las *psicosis*, perturbaciones de la personalidad global, incluyen el trastorno del pensamiento (pensamiento maníaco que huye, se escurre, se desliza en asociaciones de sonidos o de juegos de palabras; pensamiento esquizofrénico que salta, rebota, por encima de otros intermedios y avanza a

sacudidas y por contrastes); la alteración general de la vida afectiva y del amor (ruptura del contacto afectivo en la esquizofrenia; coloraciones emocionales masivas en la manía o la depresión); la perturbación del control de la conciencia, de la capacidad de poner en perspectiva diversos puntos de vista, formas alteradas del sentido crítico (creencias delirantes en el caso de la paranoia, en la que el sistema de interpretación se anticipa a las pruebas de su exactitud y permanece impermeable a toda discusión; indiferencia del paranoico a la singularidad de su experiencia alucinatoria que para él tiene valor de prueba).

2) En las *neurosis*, en cambio, solo un sector de la personalidad se ve afectado: ritualismo de los obsesivos respecto de tal o cual objeto, angustias provocadas por determinada situación en el caso de la neurosis fóbica. Pero el curso del pensamiento se conserva intacto en su estructura, aun cuando en los psicasténicos es más lento; el contacto afectivo subsiste y, en el caso de los histéricos, puede exagerarse hasta la susceptibilidad; por último, el neurótico, aun cuando presente obliteraciones de conciencia como el histérico o impulsos incoercibles como el obsesivo, conserva la lucidez crítica con respecto a sus fenómenos mórbidos.

Entre las *psicosis* se clasifican, en general, la paranoia y todo el grupo esquizofrénico, con sus síndromes paranoides, hebefrénicos y catatónicos; entre las *neurosis*, encontramos, en cambio, la psicastenia, la histeria, la obsesión, la neurosis de angustia y la neurosis fóbica.

La personalidad se convierte así en el elemento en el cual se desarrolla la enfermedad y el criterio que permite juzgarla; la personalidad es, a la vez, la realidad y la medida de la enfermedad.

En este predominio de la noción de totalidad se ha querido ver un retorno a la patología concreta y la posibilidad de determinar como un terreno único el campo de la patología mental y el campo de la patología orgánica. En efecto, ¿no apuntan ambas, aunque lo hagan por vías diferentes, al mismo individuo humano en su propia realidad? Al imponerse esta noción de totalidad, ¿no convergen pues la patología mental y la orgánica tanto por la identidad de sus métodos como por la unidad de su objeto?

La obra de Goldstein podría dar testimonio de esta convergencia. Estudiando en las fronteras de la medicina mental y de la medicina orgánica un síndrome neurológico como la afasia, Goldstein recusa tanto las explicaciones puramente orgánicas referidas a una lesión local como las interpretaciones puramente psicológicas basadas en un déficit global de la inteligencia, y muestra que una lesión cortical postraumática puede modificar el estilo de las respuestas del individuo a su medio: la vulneración funcional disminuye las posibilidades de adaptación del organismo y suprime del comportamiento la eventualidad de ciertas actitudes. Cuando un afásico no puede nombrar un objeto que se le muestra pero puede reclamarlo si lo necesita, no es a causa de un déficit (supresión orgánica o psicológica) que podría describirse como una realidad en sí mismo; lo que ocurre es que esa persona ya no es capaz de adoptar una determinada actitud ante el mundo, de adoptar una perspectiva de denominación que, en lugar de acercarse al objeto para asirlo *(greifen)*, se aleje para mostrarlo e indicarlo *(zeigen)*.[6]

Independientemente de que sus designaciones primeras sean psicológicas u orgánicas, la enfermedad correspondía en todo caso a la situación global del individuo en el mundo; en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica, era una reacción general del individuo afectado en su totalidad psicológica *y* fisiológica. En todas estas formas recientes de análisis médico, podemos percibir una significación única: cuanto más se aborda como un todo la unidad del ser humano, tanto más se disipa la realidad de una enfermedad que sería una unidad específica; y tanto más se impone —para reemplazar el análisis de las formas naturales de la enfermedad— la descripción del individuo que reacciona a su situación de una manera patológica.

Gracias a la unidad que asegura y a los problemas que suprime, esta noción de totalidad es ideal para aportar a la patología un clima de euforia conceptual, un clima que quisieron aprovechar quienes, en mayor o menor medida, se inspiraron en Goldstein. Pero, por desgracia, la euforia no suele estar del mismo lado que el rigor.

Nosotros querríamos mostrar, por el contrario, que la patología mental exige métodos de análisis diferentes de los utilizados en la patología orgánica y que solamente por un artificio del lenguaje podemos darle el mismo sentido a las «enfermedades del cuerpo» que a las «enfermedades del espíritu». Hoy, una patología unitaria que utilizara los mismos métodos y los mismos conceptos en la esfera psicológica y en la esfera fisiológica entraría en el orden del mito, aun cuando la unidad del cuerpo y del espíritu corresponde al orden de la realidad.

1) *La abstracción.* En la patología orgánica, el tema de un retorno al enfermo como totalidad, más allá de la enfermedad puntual, no excluye poner rigurosamente en perspectiva la situación, lo cual permite aislar en los fenómenos patológicos las condiciones y los efectos, los procesos masivos y las reacciones singulares. La anatomía y la fisiología proponen a la medicina un análisis que justamente autoriza abstracciones válidas en el marco de la totalidad orgánica. Efectivamente, la patología de Selyé insiste en señalar, más que ninguna otra, la solidaridad de cada fenómeno segmentario con el todo del organismo, pero no la señala para hacerlos desaparecer en su individualidad ni para denunciar en ellos una abstracción arbitraria. Lo hace, por el contrario, para que sea más fácil ordenar los fenómenos singulares en una coherencia global, para mostrar, por ejemplo, cómo las lesiones intestinales, análogas a las de la tifoidea, aparecen en un conjunto de perturbaciones hormonales que tienen como elemento esencial un trastorno del funcionamiento corticosuprarrenal. La importancia que se da en patología orgánica a la noción de totalidad no excluye la abstracción de elementos aislados ni el análisis causal; permite, en cambio, una abstracción más válida y la determinación de una causalidad más real.

Ahora bien, la psicología nunca pudo ofrecerle a la psiquiatría lo que la fisiología le dio a la medicina: el instrumento de análisis que, delimitando el trastorno, permita abordar la relación funcional de ese padecimiento con el conjunto de la personalidad. En efecto, la coherencia de una vida psicológica no parece asegurarse de la misma manera que la cohesión de un organismo; en ella la integración de los segmentos tiende hacia una unidad

que los hace posibles pero que se resume y se registra en cada uno de ellos: los psicólogos llaman a esto —utilizando un vocabulario tomado de la fenomenología— la unidad significativa de las conductas, que encierra en cada elemento —sueño, crimen, gesto gratuito, asociación libre— el talante general, el estilo, toda la anterioridad histórica y las implicaciones eventuales de una existencia. Por lo tanto, no es posible hacer abstracción de la misma manera en psicología y en fisiología, y cuando se quiere delimitar un trastorno patológico en patología orgánica es necesario recurrir a métodos diferentes de los exigidos en la patología mental.

2) *Lo normal y lo patológico*. La medicina ha visto desdibujarse progresivamente la línea de separación entre los hechos patológicos y los hechos normales; mejor dicho, ha comprendido cada vez más claramente que los cuadros clínicos no eran una colección de hechos anormales, de «monstruos» fisiológicos, sino que en parte están constituidos por los mecanismos normales; y que las reacciones adaptativas de un organismo funcionan según su norma. La hipercalcemia, que aparece tras la fractura del fémur es una respuesta orgánica situada, como dice Leriche, «en la línea de las posibilidades tisulares»:[7] es el organismo que reacciona de una manera ordenada a la lesión patológica con el objeto de repararla. Pero no olvidemos que estas consideraciones se basan en una planificación coherente de las posibilidades fisiológicas del organismo; en realidad, el análisis de los mecanismos normales de la enfermedad permite discernir mejor el impacto de la afección mórbida y, con las virtualidades normales del organismo, su aptitud para la cura: del mismo modo en que la dolencia está inscrita en el interior de las virtualidades fisiológicas normales, la posibilidad de cura está escrita en el interior de los procesos de la enfermedad.

En psiquiatría, en cambio, la noción de personalidad hace que sea singularmente difícil distinguir lo normal de lo patológico. Bleuler, por ejemplo, había opuesto como los dos polos de la patología mental el grupo de las esquizofrenias —caracterizadas por la ruptura del contacto con la realidad— y el grupo de las locuras maníaco-depresivas o psicosis cíclicas, caracterizadas por la exageración de las reacciones afectivas. Pues bien, ese

análisis parecía definir tanto las personalidades normales como las personalidades mórbidas, y Kretschmer, siguiendo esa misma línea, pudo establecer una caracterología bipolar que abarcaba la esquizotimia y la ciclotimia, cuya acentuación patológica daría lugar a la esquizofrenia y la «ciclofrenia». Pero entonces el paso de las reacciones normales a las formas mórbidas no se corresponde con un análisis preciso de los procesos, y permite únicamente una apreciación cualitativa que da lugar a toda clase de confusiones.

Mientras la idea de solidaridad orgánica permite distinguir y unir afección mórbida y respuesta adaptada, en patología mental el examen de la personalidad impide hacer análisis de esa índole.

3) *El enfermo y el medio.* Por último, hay una tercera diferencia que nos impide tratar con los mismos métodos y analizar con los mismos conceptos la totalidad orgánica y la personalidad psicológica. Indudablemente, ninguna enfermedad puede separarse de los métodos de diagnóstico, de los procedimientos de aislamiento ni de los instrumentos terapéuticos de que la rodea la práctica médica. Pero la noción de totalidad orgánica hace surgir, independientemente de esas prácticas, la individualidad del sujeto enfermo, permite aislarlo en su originalidad mórbida y determinar el carácter propio de sus reacciones patológicas.

Desde la perspectiva de la patología mental, la realidad del enfermo no permite hacer semejante abstracción, sino que cada individualidad mórbida debe comprenderse a través de las prácticas que desarrolla el medio con esa persona. Indudablemente, la situación de internación y de tutela impuesta al alienado desde finales del siglo XVIII, y el hecho de que dependiera totalmente de la decisión médica, han contribuido a fijar, al término del siglo XIX, el personaje del histérico. Desposeído de sus derechos por el tutor y el consejo de familia, reducido prácticamente al estado de minoridad jurídica y moral, privado de su libertad por la omnipotencia del médico, el enfermo pasaba a ser el centro de todas las sugestiones sociales; y, en el punto de convergencia de esas prácticas, se ofrecía la sugestionabilidad como síndrome mayor de la histeria. Babinski imponía a su enferma desde fuera la influencia de la sugestión, la conducía a un punto tal de alienación

que, derrumbada, sin voz y sin movimiento, la mujer estaba dispuesta a aceptar la eficacia de las palabras milagrosas «Levántate y anda». Y el médico encontraba en el triunfo de su paráfrasis evangélica el signo de la simulación, pues la enferma, siguiendo el mandato irónicamente profético, se ponía realmente de pie y realmente andaba. Pues bien, en aquello que denunciaba como ilusión, el médico se estaba topando de hecho con la realidad de su práctica médica: en esa sugestionabilidad lo que hallaba era el resultado de todas las sugestiones, de todas las dependencias a las que estaba sometida la enferma. Que hoy las observaciones ya no presenten semejantes milagros, no invalida la realidad de los logros de Babinski; solo prueba que el rostro del histérico tiende a desaparecer a medida que se atenúan las prácticas de la sugestión que en aquel tiempo constituían el ambiente del enfermo.

La dialéctica de las relaciones del individuo con su medio no puede plantearse siguiendo un mismo estilo en fisiología patológica y en psicología patológica.

Por lo tanto, no puede admitirse de entrada un paralelismo abstracto ni una unidad masiva entre los fenómenos de la patología mental y los de la patología orgánica. Es imposible trasponer los esquemas de abstracciones, los criterios de normalidad o de definición de individuo enfermo de una esfera a la otra. La patología mental debe librarse de todos los postulados de una *metapatología*: la unidad entre las diversas formas de enfermedad que aseguraría semejante enfoque solo puede ser ficticia, es decir, que corresponde a un hecho histórico, del que ya nos hemos librado.

Por consiguiente, si pretendemos analizar la especificidad de la enfermedad mental, investigar las formas concretas que pudo asignarle la psicología y determinar las condiciones que hicieron posible esta extraña condición de la «locura», enfermedad mental irreductible a toda enfermedad, tenemos que dar crédito al hombre mismo y no a las abstracciones sobre la enfermedad.

Las dos partes de la presente obra procuran dar respuesta a estas dos cuestiones:

1) Las dimensiones psicológicas de la enfermedad mental.
2) La psicopatología como un hecho de la civilización.

Primera parte

LAS DIMENSIONES PSICOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD

Capítulo 2

LA ENFERMEDAD Y LA EVOLUCIÓN

En presencia de un enfermo gravemente perturbado, la primera impresión que uno tiene es la de un déficit global y masivo, sin ninguna compensación; la incapacidad de un sujeto alterado de ubicarse en el tiempo y en el espacio, las rupturas de una continuidad que se producen sin cesar en su conducta, la imposibilidad de superar el instante en el que está amurallado para acceder al universo del otro o para volverse hacia el pasado o proyectarse hacia el futuro son todos fenómenos que invitan a describir su dolencia atendiendo a las funciones que han sido abolidas: la conciencia del enfermo está desorientada, oscurecida, encogida, fragmentada. Pero ese vacío funcional está ocupado al mismo tiempo por un torbellino de reacciones elementales que parecen exageradas y que, por la desaparición de otras conductas, parecen exacerbadas: todos los automatismos de repetición se acentúan (el enfermo responde en eco a las preguntas que se le hacen; inicia un gesto, se detiene y reitera el mismo movimiento indefinidamente), el lenguaje interior invade todo el campo de expresión del sujeto, que continúa exponiendo a media voz un monólogo incoherente sin dirigirse nunca a nadie; finalmente, por momentos, surgen reacciones emocionales intensas.

No hace falta, pues, leer la patología mental en el texto demasiado simple de las funciones abolidas: la enfermedad no es solamente pérdida de la conciencia, adormecimiento de tal función, obnubilación de tal o cual facultad. En su recorte abstracto, la psicología del siglo XIX promovía esta descripción puramente negativa de la enfermedad, y la semiología de cada

trastorno era fácil porque se limitaba a describir las aptitudes desaparecidas, a enumerar en las amnesias los recuerdos olvidados, a detallar en los desdoblamientos de personalidad las síntesis que se habían vuelto imposibles. En realidad, la enfermedad borra pero también subraya; por un lado, deroga para, por el otro, exaltar; la esencia de la enfermedad no está solo en el vacío que excava, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que terminan por colmarlo.

¿Qué dialéctica explicará a la vez esos hechos positivos y los fenómenos negativos de desaparición de determinadas funciones?

De entrada, podemos observar que las funciones desaparecidas y las funciones exaltadas no son del mismo nivel: lo que ha desaparecido son las coordinaciones complejas, es la conciencia con sus aperturas intencionales, su juego de orientación en el tiempo y el espacio; es la tensión voluntaria que retoma y ordena los automatismos. Las conductas que se conservan y se acentúan son, a la inversa, segmentarias y simples. Se trata de elementos disociados que se liberan en un estilo de absoluta incoherencia. El monólogo fragmentario ha sustituido a la síntesis compleja del diálogo; la sintaxis a través de la cual se constituye un sentido está quebrada y solo subsisten elementos verbales de los que escapan sentidos ambiguos, polimorfos y lábiles; la coherencia espaciotemporal que se ajusta al aquí y ahora se ha derrumbado y lo único que subsiste es un caos de aquíes sucesivos y de instantes insulares. Los fenómenos positivos de la enfermedad se oponen a los negativos como lo simple a lo complejo.

Pero también como lo estable a lo inestable. Las síntesis espaciotemporales, las conductas intersubjetivas, la intencionalidad voluntaria, están permanentemente amenazadas por fenómenos tan frecuentes como la somnolencia, tan difusos como la sugestión, tan habituales como los sueños. Las conductas que la enfermedad acentúa tienen una solidez psicológica que no poseen las estructuras abolidas. El proceso patológico exagera los fenómenos más estables y solo suprime los más lábiles.

Por último, las funciones acentuadas patológicamente son las más involuntarias: el enfermo ha perdido toda iniciativa, hasta el punto de que

ya no le es posible siquiera dar la respuesta inducida por una pregunta, lo único que puede hacer es repetir las últimas palabras de su interlocutor. O, cuando consigue hacer un gesto, esa iniciativa queda inmediatamente desbordada por un automatismo de repetición que la detiene y la ahoga. Digamos, pues, para resumir, que la enfermedad suprime las funciones complejas, inestables y voluntarias y exalta las simples, estables y automáticas.

Ahora bien, esta diferencia en el nivel estructural va acompañada de una diferencia en el nivel evolutivo. La preeminencia de las reacciones automáticas, la sucesión permanentemente quebrada y desordenada de las conductas, la forma explosiva de las reacciones emocionales son características de un nivel arcaico en la evolución del individuo. Son las conductas propias de las reacciones infantiles: ausencia de inclinación al diálogo, amplitud de los monólogos sin interlocutores, repeticiones en eco por incomprensión de la dialéctica pregunta-respuesta; pluralidad de coordenadas espaciotemporales, lo que da lugar a conductas aisladas que se caracterizan por los espacios fragmentados y los momentos independientes. Todos esos fenómenos que son comunes a las estructuras patológicas y a los estadios arcaicos de la evolución designan en la enfermedad un proceso regresivo.

Si la enfermedad hace surgir, en un solo movimiento, signos positivos y signos negativos, si suprime y a la vez exalta, lo hace en la medida en que, al retrotraer al individuo a fases anteriores de la evolución, hace desaparecer las adquisiciones recientes y redescubre formas de conducta normalmente superadas. La enfermedad es el proceso a lo largo del cual se deshace la trama de la evolución suprimiendo, primero y en sus formas más benignas, las estructuras más recientes para alcanzar luego, cuando llega a su culminación y a su punto extremo de gravedad, los niveles más arcaicos. La enfermedad no es, pues, un déficit que ataca ciegamente tal o cual facultad del individuo; en el absurdo de lo mórbido hay una lógica que hay que saber interpretar: es la lógica misma de la evolución normal. La enfermedad no es una esencia contra natura, es la naturaleza misma, pero en un proceso invertido: la historia natural de la enfermedad solo tiene que

remontar la corriente de la historia natural del organismo sano. Pero, en esta lógica única, cada enfermedad conservará su perfil singular; cada entidad nosográfica encontrará su lugar y su contenido quedará definido por el punto en el cual se detenga el trabajo de la disociación. Más que el análisis de las diferencias de esencia entre las enfermedades, hay que preferir el análisis según el grado de profundidad del deterioro, y así podrá definirse el sentido de una enfermedad por el nivel en que se estabiliza el proceso de regresión.

«En toda locura —decía Jackson—, el daño mórbido alcanza una cantidad mayor o menor de centros cerebrales superiores o, lo que es lo mismo, de un nivel de evolución más elevado de la infraestructura cerebral o, lo que también es lo mismo, del sustrato anatómico de la base física de la conciencia. [...] En toda locura, por algún proceso patológico, quedan fuera de funcionamiento, sea de manera temporal o permanente, gran parte de los centros cerebrales superiores.»[1] Toda la obra de Jackson tendía a dar carta de naturaleza al evolucionismo en neuro y psicopatología. Desde sus *Croonian Lectures* (1874) ya no es posible omitir los aspectos regresivos de la enfermedad; la evolución es desde entonces una de las dimensiones por las que podemos acceder al hecho patológico.

Toda una parte de la obra de Freud está dedicada a comentar las formas evolutivas de la neurosis. La historia de la libido, de su desarrollo, de sus fijaciones sucesivas es como una recopilación de las virtualidades patológicas del individuo: cada tipo de neurosis es un retorno a un estadio de evolución libidinal. Y el psicoanálisis ha creído que podía escribir una psicología del niño haciendo una patología del adulto.

1) Los primeros objetos que el niño busca son los alimentos, y su primer instrumento de placer es la boca: fase de erotismo bucal durante la cual las frustraciones alimentarias pueden configurar los complejos de abandono; fase además de la unión casi biológica con la madre en la que todo abandono puede provocar los déficits fisiológicos analizados por Spitz[2] o las neurosis descritas por Germaine Guex como específicas de las neurosis

de abandono.[3] Marguerite Sechehaye hasta logró analizar a una joven esquizofrénica a quien una fijación en esos estadios muy arcaicos de desarrollo le había provocado, en el momento de la adolescencia, un estado de estupor hebefrénico en el que la joven vivía, abatida, en la conciencia angustiosamente difusa de su cuerpo hambriento.

2) Con la dentición y el desarrollo de la musculatura, el niño organiza todo un sistema de defensa agresivo que marca los primeros momentos de su independencia. Pero también es el momento en que se le imponen las disciplinas —y, principalmente, la disciplina de los esfínteres—, lo cual le presenta la instancia parental en su forma represiva. La ambivalencia se instala como dimensión natural de la afectividad: ambivalencia del alimento que solo satisface en la medida en que uno lo destruye agresivamente con el mordisco; ambivalencia del placer que es tanto de excreción como de introyección; ambivalencia de las satisfacciones, en ocasiones permitidas y valorizadas y, en ocasiones, prohibidas y castigadas. En el centro de esta fase cobra cuerpo lo que Melanie Klein llama los «objetos buenos» y los «objetos malos»; pero el niño no domina aún la ambigüedad latente de unos y otros y la fijación en ese período, descrita por Freud como «estadio sádico anal», cristaliza los síndromes obsesivos: síndrome contradictorio de duda, de interrogación, de atracción impulsiva, compensada incesantemente por el rigor de la interdicción, de las precauciones contra uno mismo; atracción que siempre se disipa pero recomienza; dialéctica del rigor y de la complacencia, de la complicidad y del rechazo en la que puede leerse la ambivalencia radical del objeto deseado.

3) Vinculada con las primeras actividades eróticas, con la afinación de las reacciones de equilibrio y con el reconocimiento de uno mismo en el espejo, se constituye una experiencia del «cuerpo propio». La afectividad desarrolla entonces como tema mayor la afirmación o la reivindicación de la integridad corporal; el narcisismo constituye una estructura de la sexualidad y el cuerpo propio deviene un objeto sexual privilegiado. Toda ruptura de ese circuito narcisista perturba un equilibrio que ya es difícil, como lo atestigua la angustia de los niños ante las fantasías castradoras de las amenazas parentales. El síndrome histérico se precipita precisamente en

ese desorden ansioso de las experiencias corporales: desdoblamiento del cuerpo y constitución de un álter ego en el que el sujeto lee como en un espejo sus pensamientos, sus deseos y sus gestos, que ese doble demoníaco le ha quitado de antemano; fragmentación histérica que sustrae a la experiencia global del cuerpo elementos anestesiados o paralizados; angustia fóbica ante objetos cuyas amenazas fantasmáticas apuntan, para el enfermo, a la integridad de su cuerpo (Freud analizó de ese modo la fobia de un niño de cuatro años cuyo temor a los caballos ocultaba su pánico a la castración).[4]

4) Finalmente, al término de esta primera infancia, se hace la «elección objetal»: elección que debe implicar, con una fijación heterosexual, una identificación con el progenitor del mismo sexo. Pero a esta diferenciación y a la asunción de una sexualidad normal se oponen la actitud de los padres y la ambivalencia de la afectividad infantil: en efecto, en esta época la afectividad está aún fijada, en forma de celos mezclados con erotismo y agresividad, en una madre deseada que niega o al menos reparte su atención; la afectividad del niño se descompone en ansiedad ante un padre cuya rivalidad triunfante suscita, junto con el odio, el deseo amoroso de identificación. Este es el famoso complejo de Edipo en el que Freud creía ver el enigma del hombre y la clave de su destino y en el que sin duda hallamos el análisis más completo de los conflictos vividos por el niño en sus relaciones con sus padres y el punto de fijación de numerosas neurosis.

En suma, todo estadio libidinal es una estructura patológica virtual. La neurosis es una arqueología espontánea de la libido.

Janet también retoma el tema jacksoniano, pero desde una perspectiva sociológica. La caída de energía psicológica que caracteriza la enfermedad imposibilitaría las conductas complejas adquiridas en el transcurso de la evolución social y descubriría, como la marea que se retira, comportamientos sociales primitivos y hasta reacciones presociales.

Un psicasténico no logra creer en la realidad de lo que lo rodea. Para él es una conducta «demasiado difícil». ¿Qué es una conducta difícil? Esencialmente, una conducta en la que un análisis vertical muestra la superposición de varias conductas simultáneas. Matar una presa durante una

cacería es una conducta; contar más tarde que hemos matado dicha presa es una conducta distinta. Pero, en el momento en que uno acecha, en el que mata, contarse a sí mismo que uno mata, que persigue a la presa, que la acecha, para poder contar a los demás, más tarde, la epopeya; tener simultáneamente la conducta real de la caza y la conducta virtual del relato es una operación doble, mucho más complicada que cualquiera de las otras dos y que solo en apariencia es la más simple: es la conducta del presente, germen de todas las conductas temporales en la que se superponen y se imbrican el gesto actual y la conciencia de que ese gesto tendrá un porvenir; es decir, que más tarde la persona podrá contarlo como un acontecimiento pasado. Podemos medir, pues, la dificultad de una acción por el número de conductas elementales que implica la unidad de su desarrollo.

Tomemos ahora esta conducta del «relato a los demás», cuya virtualidad forma parte de las conductas del presente. Relatar o, más sencillamente, hablar o, de una manera aún más elemental, lanzar una orden tampoco es algo simple. Primero, implica referirse a un acontecimiento o a un orden de cosas o a un mundo al cual yo mismo no tengo acceso pero al cual otro puede acceder en mi lugar; para ello debo reconocer el punto de vista del otro e integrarlo en el mío; debo acompañar mi propia acción (la orden lanzada) con una conducta potencial, la de la otra persona que debe ejecutarla. Más aún: dar una orden supone siempre el oído que la percibirá, la inteligencia que la comprenderá, el cuerpo que la ejecutará. En la acción de mandar está implicada la virtualidad de ser obedecido. Es decir, que conductas aparentemente tan simples como son el prestar atención al momento presente, el relato, la palabra, implican todas ellas cierta dualidad que es, en el fondo, la dualidad de todas las conductas sociales. Por consiguiente, si el psicasténico encuentra tan arduo prestar atención al presente es por las implicaciones sociales que oscuramente encierra tal atención; para él, todas esas acciones que tienen un anverso y un reverso (mirar-ser mirado, en la presencia; hablarle a alguien-que alguien le hable, en el lenguaje; creer-ser creído, en el relato) se han vuelto difíciles porque son conductas que se despliegan en un horizonte social. Fue necesaria toda una evolución social para que el diálogo llegara a ser un modo de relación

interhumano, y ello solo fue posible por el paso de una sociedad inmóvil en su jerarquía del momento, que no autorizaba más que la voz de mando, a una sociedad en la que la igualdad de las relaciones permite y garantiza el potencial intercambio, la fidelidad al pasado, el compromiso con el porvenir, la reciprocidad de los puntos de vista. El enfermo incapaz de mantener un diálogo se remonta a un momento anterior a toda esa evolución social.

Cada enfermedad, según su gravedad, invalida alguna de esas conductas que la sociedad, en su evolución, había hecho posible y la sustituye por formas arcaicas de comportamiento:

1) El diálogo, en tanto forma suprema de la evolución del lenguaje, instala en su interior una suerte de monólogo en el cual el sujeto se cuenta a sí mismo lo que hace, o bien establece, con un interlocutor imaginario, un diálogo que sería incapaz de mantener con otra persona real, como ese profesor psicasténico que únicamente podía dar su conferencia ante el espejo. Para el enfermo se hace demasiado «difícil» actuar bajo la mirada del prójimo, de ahí que tantos sujetos, obsesivos o psicasténicos, al sentirse observados, presenten fenómenos de liberación emocional como los tics, las mímicas y las mioclonias de todo tipo.

2) Al perder esta ambigua virtualidad del diálogo y no tomar ya la palabra salvo en esa fase esquemática que la palabra ofrece al sujeto parlante, el enfermo pierde el dominio de su universo simbólico y el conjunto de las palabras, los signos, los ritos, en suma, todo lo que el mundo humano tiene de alusivo y de referencial, deja de integrarse en un sistema de equivalencias significativas; las palabras y los gestos dejan de ser ese terreno común en el que se encuentran las intenciones de uno mismo y las de los demás y se convierten en significaciones que existen por sí mismas con una existencia masiva e inquietante; la sonrisa ya no es la respuesta banal a un saludo cotidiano, sino que se transforma en un acontecimiento enigmático que no puede reducirse a ninguno de los equivalentes simbólicos de la cortesía; en el horizonte del enfermo, la sonrisa se destaca, pues, como el símbolo de algún misterio reservado,

como la expresión de una ironía que se calla y amenaza. El universo de la persecución brota de todas partes.

3) Ese mundo que va del delirio a la alucinación parece corresponder en su totalidad a una patología de la creencia como conducta interhumana: para el enfermo, el criterio social de la verdad («creer en lo que creen los demás») ya no tiene valor, y, en ese mundo al que la ausencia del prójimo ha privado de solidez objetiva, el individuo hace entrar todo un universo de símbolos, de fantasías, de temores; ese mundo en el que la mirada del otro se ha apagado se vuelve poroso a las alucinaciones y a los delirios. Así, en esos fenómenos patológicos, el enfermo se retrotrae a formas arcaicas de creencia cuando el hombre primitivo no encontraba en su solidaridad con los demás el criterio de la verdad, cuando proyectaba sus deseos y sus temores en fantasmagorías que tejían con lo real los laberintos indisociables del sueño, de las apariciones y del mito.

En el horizonte de todos estos análisis hay temas explicativos que, sin duda, se sitúan por sí solos en las fronteras del mito: primero, el mito de cierta sustancia psicológica («libido» según Freud, «fuerza psíquica» según Janet) que sería como el material en bruto de la evolución y que, después de haber progresado durante el desarrollo individual y social, sufriría una especie de recaída y volvería, a causa de la enfermedad, a su estadio anterior; también está el mito de una identidad entre el enfermo, el hombre primitivo y el niño, mito que sirve para tranquilizar la conciencia escandalizada ante la enfermedad mental y para reforzar la conciencia encerrada en sus prejuicios culturales. De esos dos mitos, el primero, por ser científico, fue rápidamente abandonado (de Janet se rescata únicamente el análisis de las conductas y no la interpretación que atribuye el fenómeno a la fuerza psicológica; los psicoanalistas repudian cada vez más la noción biopsicológica de libido), mientras que el segundo, en cambio, por ser ético, porque, más que explicar, justifica, aún se mantiene vivo.

Sin embargo, no tiene ningún sentido postular una identidad entre la personalidad mórbida del enfermo y la normal del niño o del hombre primitivo. En efecto, una de dos:

• O admitimos rigurosamente la interpretación de Jackson: «Imaginaré que los centros cerebrales están dispuestos en cuatro capas, A, B, C y D»; la primera forma de la locura, la más benigna, será – A + B + C + D; «la totalidad de la personalidad es en realidad + B + C + D; el término – A se da solamente para mostrar en qué difiere la nueva personalidad de la personalidad anterior».[5] De modo que la regresión patológica no es más que una operación sustractiva, pero lo que se sustrae en esta aritmética es justamente el último término que promueve y logra la personalidad; es decir, que «el resto» no será una personalidad anterior sino una personalidad abolida. Si esto es así, ¿cómo puede identificarse al sujeto enfermo con las personalidades «anteriores» del hombre primitivo o del niño?

• O bien, ampliamos el jacksonismo y admitimos una reorganización de la personalidad. La regresión no se limita a suprimir y liberar: ordena e instaura. Como decían Monakow y Mourgue a propósito de la disolución neurológica: «La desintegración no es la inversión exacta de la integración [...]. Sería absurdo decir que la hemiplejia es un retorno al estadio primitivo del aprendizaje de la locomoción [...]. Aquí entra en juego la regulación, de tal suerte que la noción de desintegración pura no existe. Este proceso ideal queda oculto por la tendencia creadora del organismo, permanentemente activo, a restablecer el equilibrio perturbado».[6] Por lo tanto, ya no podemos hablar de personalidades arcaicas, hay que admitir la especificidad de la personalidad mórbida. La estructura patológica del psiquismo no es originaria, es rigurosamente original.

No se trata aquí de invalidar los análisis de la regresión patológica, sino solamente de librarlos de los mitos de los que ni Janet ni Freud supieron desacoplarlos. Sin duda, sería vano decir, en una perspectiva explicativa, que el hombre, al enfermar, vuelve a ser niño, pero, desde un punto de vista descriptivo, es exacto decir que, en su personalidad mórbida, el enfermo manifiesta conductas segmentarias análogas a las de una edad anterior o a las de otra cultura. La enfermedad descubre y privilegia conductas normalmente integradas. Por ello, la regresión debe tomarse solo como uno de los aspectos descriptivos de la enfermedad.

Una descripción estructural de la enfermedad debería, pues, analizar en cada síndrome los signos positivos y los signos negativos, es decir, detallar las estructuras abolidas y las estructuras extraídas. Esto no equivaldría a explicar las formas patológicas sino que solamente las pondría en una perspectiva que daría coherencia e inteligibilidad a los fenómenos de regresión individual o social descritos por Freud o por Janet. Podemos resumir las grandes líneas de tal descripción del modo siguiente:

1) El desequilibrio y las neurosis no son más que el primer grado de disolución de las funciones psíquicas; el daño solo alcanza al equilibrio general de la personalidad psicológica y esta ruptura, a menudo momentánea, solo desbloquea los complejos afectivos, los esquemas emocionales inconscientes, constituidos en el transcurso de la evolución individual.

2) En la paranoia, el trastorno general del humor desata una estructura pasional que solo es la exageración de los comportamientos habituales de la personalidad, pero el daño no ha afectado aún a la lucidez, ni al orden, ni a la cohesión mental.

3) Pero con los estados oniroides alcanzamos un nivel en el que las estructuras de la conciencia ya se encuentran disociadas, el control perceptivo y la coherencia del razonamiento han desaparecido, y en ese desmigajarse de la esfera consciente vemos infiltrarse las estructuras del sueño que normalmente solo se desencadenan cuando el individuo duerme. Ilusiones, alucinaciones y falsos reconocimientos manifiestan, en el estado de vigilia, la desinhibición de formas de la conciencia onírica.

4) En los estados maníacos y melancólicos, la disociación se extiende a la esfera instintivo-afectiva: la puerilidad emocional del maníaco y, en los melancólicos, la pérdida de la conciencia del cuerpo y de las conductas de conservación representan el lado negativo. En cuanto a las formas positivas de la enfermedad, estas aparecen en esos paroxismos de agitación motora o de explosiones emocionales en los que el melancólico afirma su desesperanza y el maníaco su agitación eufórica.

5) Por último, en los estados de confusión y esquizofrénicos, el deterioro adquiere la forma de un déficit de las capacidades: en un

horizonte en el cual las referencias espaciales y temporales se le han vuelto demasiado imprecisas para permitirle orientarse, el pensamiento, inconexo, procede por fragmentos aislados, escande un mundo vacío y negro de «síncopes psíquicos» o se encierra en el silencio de un cuerpo cuya motricidad misma está bloqueada por la catatonia. Únicamente continuarán emergiendo los estereotipos, las alucinaciones, algunos esquemas verbales cristalizados en sílabas incoherentes y bruscas irrupciones afectivas que atraviesan como meteoros la inercia demencial.

6) En la demencia se cierra el círculo de esta disolución patológica; en la demencia se multiplican todos los signos negativos de los déficits y la disolución llega a ser tan profunda que ya no queda ninguna instancia que se pueda desinhibir. Ya no hay personalidad sino solo un ser vivo.

Pero un análisis de este tipo no podría agotar el conjunto del hecho patológico. Es insuficiente y por dos razones:

a) Descuida la organización de las personalidades mórbidas en las que se manifiestan explícitamente las estructuras regresivas. Por profunda que sea la disolución (dejando de lado solamente el caso de la demencia), la personalidad nunca puede desaparecer por completo. Lo que muestra la regresión de la personalidad no son elementos dispersos (porque nunca lo estuvieron) ni personalidades más arcaicas (pues no hay ningún camino de retorno en el desarrollo de la personalidad), sino solo en la sucesión de las conductas. Por inferiores y simples que sean, no deben omitirse las organizaciones mediante las cuales un esquizofrénico estructura su universo: el mundo fragmentado que describe es un mundo a la medida de su conciencia dispersa: el tiempo sin futuro ni pasado en el que vive es el reflejo de su incapacidad para proyectarse en un futuro y para reconocerse en un pasado. Pero ese caos encuentra su punto de coherencia en la estructura personal del enfermo que asegura la unidad vivida de su conciencia y de su horizonte. Por enfermo que pueda estar un individuo, ese punto de coherencia no puede faltar. La ciencia de la patología mental no puede ser sino la ciencia de la personalidad enferma.

b) El análisis regresivo describe la orientación de la enfermedad, sin esclarecer el punto de origen. Si no fuera más que regresión, la enfermedad

sería como una virtualidad depositada en cada individuo por el movimiento mismo de su evolución. La locura sería solamente una eventualidad, el precio siempre exigible del desarrollo humano. Pero la noción abstracta de regresión no puede explicar que una persona esté enferma en este momento, sufriendo de tal enfermedad, que sus obsesiones giren alrededor de un tema concreto, que su delirio comporte ciertas reivindicaciones o que sus alucinaciones se extasíen en el universo de ciertas formas visuales. En la perspectiva evolucionista, la enfermedad no tendrá otra condición que la de la virtualidad general. La causalidad que la hace necesaria aún no se ha manifestado, como tampoco lo hace la que da a cada cuadro clínico su coloración singular. No podemos buscar esta necesidad y sus formas individuales en una evolución siempre específica, sino que debemos indagar en la historia personal del enfermo.

Por consiguiente, debemos avanzar aún más en el análisis y completar esta dimensión evolutiva, potencial y estructural de la enfermedad analizando esta otra dimensión que la hace necesaria, significativa e histórica.

Capítulo 3

LA ENFERMEDAD Y LA HISTORIA INDIVIDUAL

La evolución psicológica integra el pasado en el presente en una unidad sin conflictos, en esa unidad ordenada que se define como una jerarquía de estructuras, en esa unidad sólida que solo una regresión patológica puede comprometer. La historia psicológica, por el contrario, ignora tal acumulación de lo anterior y de lo actual; los sitúa en una relación recíproca poniendo entre ellos esa distancia que normalmente permite que aparezcan la tensión, el conflicto y la contradicción. En la evolución, el pasado promueve el presente y lo hace posible; en la historia, el presente se despega del pasado, le confiere un sentido y lo hace inteligible. El devenir psicológico es evolución e historia a la vez. El tiempo del psiquismo debe analizarse según lo anterior y lo actual (es decir, atendiendo a la evolución) pero también, a la vez, según el pasado y el presente (es decir, en una perspectiva histórica). Cuando a finales del siglo XIX, después de los hallazgos de Darwin y Spencer, el mundo se maravilló al descubrir la verdad del hombre en su devenir de ser vivo, se impuso la idea de que era posible escribir la historia desde el punto de vista de la evolución y hasta confundir una y otra a favor de la segunda. Por lo demás, es un sofisma que podemos encontrar también en la sociología de la época. El error originario del psicoanálisis y, posteriormente, de la mayoría de las psicologías genéticas es sin duda no haber incluido esas dos dimensiones irreductibles de la evolución y la historia en la unidad del devenir psicológico.[1] Pero la gran inspiración de Freud fue la superación, bastante temprana, de ese

horizonte evolucionista, definido por la noción de libido, para acceder a la dimensión histórica del psiquismo humano.

En realidad, en la psicología analítica siempre es posible trazar una línea entre lo que corresponde a una psicología de la evolución (como los *Tres ensayos sobre teoría sexual*) y lo que concierne a una psicología de la historia individual (como las *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* y los textos relacionados con ellas). Hablábamos antes de la evolución de las estructuras afectivas tal como la ha detallado la tradición psicoanalítica. Ahora tomaremos de la otra vertiente del psicoanálisis lo que nos permita definir la enfermedad mental cuando la abordamos desde la perspectiva de la historia individual.[2]

Veamos una observación que Freud cita en la *Introducción al psicoanálisis:*[3] una mujer de unos cincuenta años sospecha que su marido la engaña con la joven que ha empleado como secretaria. Situación y sentimientos de una extremada banalidad. No obstante, estos celos tienen resonancias singulares, pues han sido suscitados por una carta anónima, cuyo autor, reconocido por la mujer, ha obrado solamente por venganza y alegando hechos inexactos. La esposa sabe todo esto, reconoce y acepta la injusticia de los reproches que le hace a su marido, y habla espontáneamente del amor que él siempre le ha manifestado. Y, sin embargo, no consigue disipar sus celos: cuanto más proclaman los hechos la fidelidad de su marido, más se fortalecen sus sospechas. Paradójicamente, sus celos han cristalizado alrededor de la certeza de no ser víctima de adulterio. Mientras los celos mórbidos, en su forma clásica de paranoia, son una convicción impenetrable que tratará de justificarse apelando a las formas más extremas del razonamiento, en esta observación que hace Freud lo que vemos son unos celos impulsivos que se cuestionan permanentemente su fundamento, que intentan negarse a cada instante y que se viven con remordimiento. Este es un caso muy curioso (y relativamente raro) de celos obsesivos.

Durante el análisis se revela que la mujer está enamorada de su yerno, pero se siente tan culpable que no puede soportar ese deseo y transfiere a su marido la falta de amar a una persona mucho más joven que ella. Una investigación más profunda muestra además que ese apego por el yerno es también un sentimiento ambivalente y que oculta una hostilidad celosa en la que el objeto de rivalidad es la hija de la paciente: en el corazón del fenómeno mórbido se encuentra una fijación homosexual con la hija.

Metamorfosis, simbolismos, transformación de los sentimientos en lo contrario, travestismo de los personajes, transferencia de la culpabilidad, conversión de un remordimiento en acusación: lo que aparece aquí es todo un conjunto de procesos que reflejan los rasgos de la fabulación infantil. Fácilmente podemos asimilar esta proyección celosa con la proyección descrita por Henry Wallon en *Los orígenes del carácter en el niño*:[4] Wallon cita un ejemplo descrito por Elsa Köhler de una niñita de tres años que le da una bofetada a su compañerita y, deshecha en lágrimas, corre hacia su institutriz en busca de consuelo quejándose de haber sido golpeada. En esa niña encontramos las mismas estructuras de conducta que en la mujer obsesionada que menciona Freud: la indiferenciación de la conciencia de sí misma le impide distinguir entre actuar y padecer (pegar-recibir el golpe; engañar-ser engañada); por otra parte, la ambivalencia de los sentimientos permite una suerte de reversibilidad entre la agresión y la culpa. Tanto en un caso como en el otro, encontramos los mismos rasgos de arcaísmo psicológico: fluidez de las conductas afectivas, labilidad de la estructura personal en la oposición yo-otro. Pero no se trata de confirmar una vez más el aspecto regresivo de la enfermedad.

Lo importante aquí es que en la enferma de Freud la regresión tiene un sentido muy preciso: ella tiene que escapar de un sentimiento de culpabilidad. Escapa del remordimiento que le causa amar demasiado a su hija forzándose a amar a su yerno y escapa a la culpabilidad que hace nacer ese nuevo apego acusando a su marido, por una especie de proyección en espejo, de un amor paralelo al suyo. Los procedimientos infantiles de metamorfosis de lo real tienen, pues, una utilidad: constituyen una huida, una manera asequible de actuar sobre lo real, un modo mítico de

transformarse a uno mismo y a los demás. La regresión no es una caída natural en el pasado, es una huida intencional respecto del presente. Es más un recurso que un retorno. Pero uno solo puede escapar al presente poniendo otra cosa en su lugar, y el pasado que aflora en las conductas patológicas no es el suelo originario al que uno regresa como a la patria perdida: es el pasado ficticio e imaginario de las sustituciones.

• Unas veces se trata de una sustitución de las formas de comportamiento: las conductas adultas, desarrolladas y adaptadas se desdibujan y dan paso a conductas infantiles, simples e inadaptadas. Como le ocurre a la famosa enferma de Janet: ante la idea de que su padre caiga enfermo, la mujer manifiesta las formas paroxísticas de la emoción infantil (gritos, explosión motriz, caída), porque se niega a adoptar la conducta adaptada que sería ocuparse de cuidarlo, de prever los medios para ayudarlo en su lenta cura, de organizar para sí misma una existencia de enfermera.

• Otras veces, la sustitución que se realiza es la de los objetos mismos: el enfermo sustituye las formas vivas de la realidad por los temas imaginarios de sus primeras fantasías; y el mundo parece abrirse a objetos arcaicos, mientras que los personajes reales se desdibujan para dar paso a los fantasmas parentales. Como les sucede a esos fóbicos que, en el umbral de cada conducta, se topan con los mismos terrores amenazantes: el personaje mutilador del padre o la madre posesiva se perfila bajo la imagen estereotipada del animal aterrador, contra el fondo difuso de angustia que anega la conciencia.

Todo este juego de transformaciones y de repeticiones demuestra que el enfermo invoca el pasado solamente para hacerlo ocupar el lugar de la situación actual; y que lo vuelve realidad solo en la medida en que trata de dar irrealidad al presente.

Pero ¿cuál es la ventaja de repetir una crisis de angustia? ¿Qué sentido tiene reencontrar las fantasías aterradoras de la vida infantil, sustituir las formas actuales de actividad por trastornos mayores de una afectividad aún

desordenada? ¿Por qué huir del presente para reencontrarse con tipos de comportamiento inadaptados?

¿Inercia patológica de las conductas? ¿Manifestación de un principio de repetición que Freud extrapola en la realidad biológica de una paradójica «pulsión de muerte» que tiende a lo inmóvil, a lo idéntico, a lo monótono, a lo inorgánico, de la misma manera que el «instinto de vida» tiende a la movilidad siempre renovada de las jerarquías orgánicas? Esto es, sin duda, dar a los hechos un nombre que, al unirlos, recusa toda forma de explicación. Pero en el trabajo de Freud y del psicoanálisis hay elementos que contribuyen a explicar esta irrealización del presente de un modo distinto a la repetición pura y simple del pasado.

El mismo Freud tuvo ocasión de analizar un síntoma en proceso de formación. Me refiero al caso del pequeño Hans [Juanito],[5] un niño de cinco años que tenía un miedo fóbico a los caballos. Temor ambiguo, puesto que no perdía ocasión de observarlos y corría a la ventana en cuanto oía pasar un carruaje; pero cuando veía al caballo se ponía a gritar aterrorizado. Miedo paradójico, además, porque temía a la vez que el caballo lo mordiera y que el animal, al caerse, pudiera morir. ¿Deseaba ver los caballos o no? ¿Temía por él mismo o por los animales? Sin duda, ambas cosas a la vez. El análisis muestra al niño en el punto nodal de todas las situaciones edípicas: el padre se había empeñado en evitar que el niño desarrollara una fijación demasiado fuerte con la madre, pero el apego a ella se había hecho aún más violento, exasperado además por el nacimiento de una hermanita, de modo que el padre siempre había constituido para Hans un obstáculo entre él y su madre. Hasta que se forma el síndrome. El simbolismo más elemental del material onírico permite adivinar en la imagen del caballo un sustituto de la «imago» paterna, y en la ambigüedad de los terrores del niño es fácil reconocer el deseo de la muerte del padre. El síntoma mórbido es, de una manera inmediata, satisfacción de un deseo. Hans vive esa muerte del padre, que el niño no tiene conciencia de desear, en el modo imaginario de la muerte de un caballo.

Pero ese simbolismo —y este es el punto importante— no es solo la expresión mítica y figurada de la realidad, sino que desempeña un papel

funcional respecto de dicha realidad. Sin duda, el temor de que el caballo lo muerda es una expresión del miedo a la castración: simboliza la prohibición paterna de todas las actividades sexuales. Pero ese temor de ser herido va acompañado del miedo a que el caballo a su vez caiga, se lastime y muera: como si el niño se defendiera de su propio temor mediante el deseo de ver morir a su padre y ver caer así el obstáculo que lo separa de su madre. Ahora bien, ese deseo homicida no aparece inmediatamente como tal en la fantasía fóbica: está presente pero con la apariencia de un temor. El niño teme tanto la muerte del caballo como su propia herida. Se defiende contra el deseo de muerte y aleja la culpabilidad de ese deseo viviéndolo como un miedo equivalente al temor que experimenta por sí mismo. Teme por su padre lo mismo que teme para sí, pero su padre lo único que tiene que temer es lo que el niño teme desear contra él. Vemos, pues, que el valor expresivo del síndrome no es inmediato, sino que se constituye a través de una serie de mecanismos de defensa. En este caso de fobia han intervenido dos de estos mecanismos: el primero ha transformado el temor en deseo homicida contra quien suscita dicho temor; el segundo ha transformado ese deseo en miedo a verlo realizado.

A partir de este ejemplo, podemos pues decir que la ventaja que obtiene el enfermo al irrealizar su presente en su enfermedad se encuentra en la necesidad de defenderse de ese presente. La enfermedad contiene el conjunto de las reacciones de huida y de defensa mediante las cuales el enfermo responde a la situación en la que se encuentra. Para poder comprender y dar sentido a las regresiones evolutivas que se ponen de manifiesto en las conductas patológicas, debemos analizarlas a partir de ese presente, a partir de esa situación actual. La regresión no es solo una virtualidad de la evolución, es una consecuencia de la historia.

Este concepto de defensa psicológica es capital. Alrededor suyo ha pivotado todo el psicoanálisis. Investigación del inconsciente, indagación de los traumatismos infantiles, liberación de una libido que supuestamente está detrás de todos los fenómenos de la vida afectiva, descubrimiento de pulsiones míticas como la pulsión de muerte...; durante mucho tiempo el psicoanálisis no fue más que eso. Pero tiende cada vez más a orientar su

investigación hacia los mecanismos de defensa y a admitir finalmente que el sujeto solo reproduce su historia porque responde a una situación presente. Anna Freud ha hecho un inventario de esos mecanismos de defensa:[6] además de la sublimación, considerada una conducta normal, enumera nueve procedimientos mediante los cuales el enfermo se defiende y que, por sus combinaciones, definen los diferentes tipos de neurosis: la represión, la regresión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación retroactiva, la proyección, la introyección, el desvío de sentimientos contra sí mismo y la transformación en el contrario.

• El mecanismo de defensa que utiliza el histérico es sobre todo la represión: sustrae todas las representaciones sexuales del nivel consciente; como medida de protección, rompe la continuidad psicológica y en esos «síncopes psíquicos» aparecen la inconsciencia, el olvido, la indiferencia, que constituyen el aparente «buen humor» propio del histérico quien, además, rompe la unidad del cuerpo para borrar de él todos los símbolos y todos los sustitutos de la sexualidad, lo cual explica las anestesias y las parálisis pitiáticas.

• Por el contrario, el obsesivo se defiende sobre todo mediante el «aislamiento»: separa la emoción conflictiva de su contexto y le da símbolos y expresiones sin relación aparente con su contenido real. Las fuerzas en conflicto provocan bruscamente conductas pulsionales, rígidas y absurdas en medio de un comportamiento adaptado: un ejemplo es el de una paciente de Freud[7] que, sin saber por qué lo hacía, sin un sentimiento de precaución o de avaricia que la justificara, tenía la necesidad imperiosa de fijarse en los números de los billetes de banco que pasaban por sus manos. Pero esta conducta, absurda si se la considera aisladamente, tenía un sentido si se la volvía a colocar en su contexto afectivo: expresaba el deseo que la paciente había experimentado de asegurarse el amor de un hombre confiándole como prenda de amor una moneda; pero todas las monedas se parecen; en cambio, si al menos hubiera podido darle un billete, reconocible por el número... La mujer se había defendido de ese amor que juzgaba culpable aislando la conducta de sus justificaciones sentimentales.

• Delirante, perseguido y perseguidor a la vez, el paranoico acusa a los otros de experimentar sus propios deseos y sus propios odios, ama lo que quiere destruir y se identifica con la persona que odia, pues se caracteriza sobre todo por los mecanismos de proyección, de introyección y de desvío de los sentimientos. Freud fue el primero[8] en mostrar el conjunto de esos procesos en los celos paranoicos. Cuando el paranoico le reprocha a su pareja que lo está engañando, y al mismo tiempo sistematiza todo un conjunto de interpretaciones alrededor de esa infidelidad, no hace más que reprocharle al otro lo que se reprocha a sí mismo; si acusa a su amante de engañarlo con un amigo, es porque él experimenta precisamente ese deseo y se defiende contra el deseo homosexual transformándolo en relación heterosexual y proyectándolo en su pareja en la forma de un reproche de infidelidad. Pero, por una proyección simétrica que tiene además el sentido de una justificación y de una catarsis, acusará a la persona que él mismo desea de tener deseos homosexuales. Invirtiendo el afecto, se jactará de experimentar un odio mítico que las asiduidades de su rival justificarían. «No soy yo quien te engaña, eres tú quien me traiciona», «No soy yo quien lo ama, es él quien me desea y me persigue», «Yo no siento amor por él, solo odio»: tales son los mecanismos mediante los cuales un paranoico constituye un delirio de celos al defenderse de su homosexualidad.

La reiteración patológica del pasado ahora tiene un sentido: no la impone la inercia de una «pulsión de muerte»; la regresión forma parte de esos mecanismos de defensa o, más bien, implica recurrir a sistemas de protección ya establecidos. La forma reiterativa de lo patológico ocupa un segundo plano con respecto a su significación defensiva.

El problema nodal sigue sin resolverse: ¿contra qué se defiende el paciente cuando, siendo un niño, instaura formas de protección que revivirá en las repeticiones neuróticas de su vida adulta? ¿Cuál es ese peligro permanente que aparece en la aurora de su vida psicológica y que se cernerá constantemente sobre su universo como la amenaza de mil caras de un peligro que es siempre el mismo?

También en este caso el análisis de un síntoma puede servirnos de hilo conductor. Una niña pequeña, de unos diez años, comete un hurto:[9] se apodera de una barra de chocolate delante de la propia vendedora, que le da una reprimenda y la amenaza con contarle lo ocurrido a la madre. El robo, por su forma impulsiva e inadaptada, refleja de inmediato su carácter neurótico. La historia del sujeto muestra claramente que ese síntoma está en el punto de convergencia de dos conductas: el deseo de recuperar un afecto materno que se le niega y cuyo símbolo es aquí, como sucede con mucha frecuencia, el objeto alimenticio y, por otra parte, el conjunto de las reacciones de culpabilidad que siguen al esfuerzo agresivo por capturar dicho afecto. Entre esas dos conductas, el síntoma aparece como una negociación: la niña da libre curso a sus necesidades de afecto cometiendo el hurto, pero libera su tendencia a la culpabilidad, cometiéndolo de tal modo que se asegura el ser sorprendida. El comportamiento del robo incompetente se revela como una habilidad de la conducta, la torpeza es un ardid: el hallazgo de la posición intermedia entre dos tendencias contradictorias es una manera de dominar el conflicto. El mecanismo patológico es, pues, protección contra un conflicto, defensa frente a la contradicción que ese conflicto suscita.

Pero no todo conflicto provoca una reacción mórbida y la tensión que genera no es forzosamente patológica. Probablemente sea incluso la trama de toda vida psicológica. El conflicto que revela el acuerdo intermedio neurótico no es simplemente una contradicción externa en la situación objetiva, sino más bien una contradicción inmanente en la que los términos se mezclan de tal manera que la negociación, lejos de ser una solución, es, en última instancia, una profundización del conflicto. Cuando un niño roba para recuperar un afecto perdido y calma sus escrúpulos permitiendo que lo sorprendan, está claro que el resultado de su gesto, al provocar el castigo deseado, le retirará aún más el afecto que añora, aumentará en él los deseos posesivos que su hurto simboliza y satisface por un instante y, por lo tanto, acrecentará los sentimientos de culpa. La experiencia de frustración y la reacción de culpabilidad están así entrelazadas, no como dos formas de conducta divergentes que se dividen el comportamiento, sino como la

unidad contradictoria que define la doble polaridad de una misma y única conducta. La contradicción patológica no es el conflicto normal: este desgarra desde el exterior la vida afectiva del sujeto, suscita en él conductas opuestas, lo hace oscilar, provoca acciones, luego hace nacer el remordimiento y puede exaltar la contradicción hasta la incoherencia. Pero la incoherencia normal es, en rigor, completamente distinta del absurdo patológico. Este está animado desde el interior por la propia contradicción. La coherencia del celoso para encontrar a su mujer culpable de infidelidad es perfecta, como es perfecta la coherencia del obsesivo en las precauciones que toma. Pero esta coherencia es absurda porque, al desarrollarse, profundiza la contradicción que intenta superar. Cuando una paciente de Freud con preocupación obsesiva saca de su habitación todos los relojes de pared, de mesa y de pulsera cuyo tictac podría perturbar su sueño, se está defendiendo de sus deseos sexuales y a la vez está satisfaciéndolos míticamente: aparta de sí todos los símbolos de la sexualidad pero también de la regularidad fisiológica que podría perturbar la maternidad que desea; al mismo tiempo que satisface sus deseos en un plano mágico, aumenta realmente sus sentimientos de culpabilidad.[10] En una situación en la que un individuo normal vive la experiencia de la contradicción, el enfermo vive una experiencia contradictoria: la experiencia del primero se abre a la contradicción, la del segundo se cierra sobre ella. En otras palabras, conflicto normal o ambigüedad de la situación; conflicto patológico o ambivalencia de la experiencia.[11]

Del mismo modo en que el miedo es una reacción al peligro exterior, la angustia es la dimensión afectiva de esta contradicción interna. Esta desorganización total de la vida afectiva es la máxima expresión de la ambivalencia, la forma en que se alcanza, puesto que constituye la experiencia vertiginosa de la contradicción simultánea, la prueba de un mismo deseo de vida y de muerte, de amor y de odio, la apoteosis sensible de la contradicción psicológica. Angustia del niño que descubre al morder que el erotismo de la absorción está cargado de agresividad destructora; angustia del melancólico que, para arrancar de la muerte a su objeto amado, se identifica con él, se transforma en lo que este fue y termina por sentirse a

su vez muerto en la muerte del otro, a quien solo puede retener en su propia vida reuniéndose con él en la muerte. Al abordar el tema de la angustia penetramos en el corazón de las significaciones patológicas. Bajo todos los mecanismos de protección que singularizan la enfermedad, se revela angustia; y cada tipo de trastorno define una manera específica de reaccionar ante ella: el histérico reprime su angustia y la oblitera encarnándola en un síntoma corporal. El obsesivo ritualiza alrededor de un símbolo conductas que le permiten satisfacer los dos lados de su ambivalencia. En cuanto al paranoico, se justifica míticamente atribuyendo a otros, por proyección, todos los sentimientos que contienen su propia contradicción: reparte entre los demás los elementos de su ambivalencia y enmascara su angustia bajo las formas de su agresividad. La angustia, además, como prueba psicológica de la contradicción interior sirve de denominador común y da una significación única al devenir psicológico de un individuo: se experimentó por primera vez en las contradicciones de la vida infantil y en la ambivalencia que suscitan, y bajo su impulso latente fueron erigiéndose los mecanismos de defensa que, cada vez que la angustia amenaza con reaparecer, repiten a lo largo de toda una vida sus ritos, sus precauciones, sus maniobras rígidas.

Se podría decir, pues, en cierto sentido, que la angustia transforma la evolución psicológica en historia individual. En efecto, es la angustia lo que, uniendo el pasado y el presente, los sitúa a uno en relación con el otro y les confiere una comunidad de sentidos. La conducta patológica parecía tener paradójicamente un contenido arcaico y una inserción significativa en el presente; lo que ocurre es que el presente, cuando está a punto de suscitar la ambivalencia y la angustia, provoca el juego de la protección neurótica, pero esa angustia amenazadora y los mecanismos que la alejan se fijaron en la historia del sujeto mucho tiempo antes. La enfermedad se desarrolla, pues, a la manera de un círculo vicioso: el enfermo se protege mediante sus actuales mecanismos de defensa contra un pasado cuya presencia secreta hace surgir la angustia. Pero, por otro lado, contra la eventualidad de una angustia actual, el sujeto se protege apelando a protecciones ya instauradas anteriormente, cuando se dieron situaciones análogas. El paciente, ¿se

defiende con su presente de su pasado? ¿O se protege de su presente con ayuda de una historia pasada? Debemos subrayar que, indudablemente, la esencia de las conductas patológicas reside en ese círculo. Si el enfermo está enfermo, es en la medida en que el vínculo entre el presente y el pasado no se ha formado siguiendo una integración progresiva. Ciertamente, todo individuo ha sentido angustia y ha recurrido a conductas de defensa, pero el enfermo vive su angustia y sus mecanismos de defensa en una circularidad que lo hace defenderse de la angustia apelando a mecanismos que están históricamente asociados a esa angustia, y por eso mismo la exaltan aún más y amenazan permanentemente con volver a instalarla. Por oposición a la historia del individuo normal, esta monotonía circular es el rasgo característico de la historia patológica.

La psicología de la evolución, que describe los síntomas como conductas arcaicas, debe completarse pues con una psicología de la génesis que describe en una historia el sentido actual de esas regresiones. Hay que encontrar un estilo de coherencia psicológica que permita comprender los fenómenos mórbidos sin tomar como modelo de referencia estadios descritos a la manera de fases biológicas. Hay que encontrar el núcleo de las significaciones psicológicas a partir del cual se ordenan históricamente las conductas mórbidas.

Ahora bien, ese punto hacia el cual convergen las significaciones es, como acabamos de ver, la angustia. La historia psicológica del paciente se constituye como un conjunto de conductas significativas que erigen mecanismos de defensa contra la ambivalencia de las contradicciones afectivas. Pero, en la historia psicológica, el lugar que ocupa la angustia es ambiguo: la encontramos bajo el entramado de todos los episodios patológicos de un sujeto; los provoca continuamente. Pero esos episodios se suceden, como intentos de escapar de ella, porque la angustia ya estaba allí. Si los acompaña es porque los ha precedido. ¿Por qué, ante una misma situación, un individuo no encuentra más que un conflicto superable y otro, en cambio, ve en ella una contradicción en la que se encierra de un modo

patológico? ¿Por qué la misma ambigüedad edípica es algo fácil de superar para uno mientras que en el otro desencadena una larga serie de mecanismos patológicos? Aquí hay una forma de necesidad que la historia individual revela como un problema, pero que no consigue justificar. Para que un individuo viva una contradicción en el modo angustioso de la ambivalencia, para que ante un conflicto se encierre en la circularidad de los mecanismos patológicos de defensa, es necesario que la angustia haya estado ya presente, que haya transformado la ambigüedad de una situación en ambivalencia de las reacciones. Si la angustia llena la historia de un individuo, es porque dicha angustia es su principio y su fundamento; de entrada define cierto estilo de experiencia que marca los traumatismos, los mecanismos psicológicos que esos traumatismos desencadenan, las formas de repetición que adquieren durante los episodios patológicos: la angustia tiene como una existencia *a priori.*

El análisis de la evolución situaba la enfermedad como una virtualidad; la historia individual permite abordarla como un hecho del devenir psicológico. Pero ahora debemos comprenderla en su necesidad existencial.

Capítulo 4

LA ENFERMEDAD Y LA EXISTENCIA

El análisis de los mecanismos de la enfermedad nos pone en presencia de una realidad que los supera y que los constituye en su naturaleza patológica; cuanto más avanza ese análisis, tanto más invita a ver en la angustia el elemento mórbido último y el corazón mismo de la enfermedad. Pero, para comprenderla, se impone un nuevo estilo de análisis: al ser una forma de experiencia que desborda sus propias manifestaciones, la angustia nunca permite que se la reduzca en un análisis de tipo naturalista. Al estar anclada en el corazón de la historia individual, tampoco es posible agotarla en un análisis de tipo histórico para darle, bajo sus peripecias, una significación única. Y, sin embargo, la historia y la naturaleza del hombre solo pueden comprenderse con referencia a ella.

Ahora es necesario situarse en el centro de esta experiencia. Solo comprendiéndola desde el interior será posible situar en el universo mórbido las estructuras naturales constituidas por la evolución y los mecanismos individuales cristalizados por la historia psicológica. El método escogido no debe tomar nada de las *Naturwissenschaften* [«ciencias de la naturaleza»], ni de sus análisis discursivos, ni de su causalidad mecanicista. Es un método que tampoco deberá orientarse nunca hacia la historia biográfica, con su descripción de los encadenamientos sucesivos y su determinismo en serie. Por el contrario, es un método que debe abarcar los conjuntos como totalidades cuyos elementos no pueden disociarse, por más dispersos que estén en la historia. Ya no basta con decir que el temor del niño es la causa de las fobias que experimenta el adolescente, sino que

es preciso encontrar, bajo ese temor originario y bajo esos síntomas mórbidos, el mismo estilo de angustia que les da su unidad significativa. La lógica discursiva no tiene cabida aquí, pues se extravía en los laberintos del delirio y se agota siguiendo los razonamientos del paranoico. La intuición va más rápido y llega más lejos, cuando consigue reconstituir la experiencia fundamental que domina todos los procesos patológicos (por ejemplo, en el caso de la paranoia, la radical alteración de la relación que se vive con el prójimo). Al mismo tiempo que despliega en una sola mirada las totalidades esenciales, la intuición reduce hasta suprimirla esa distancia propia de todo conocimiento objetivo: el análisis naturalista encara al enfermo con el distanciamiento de un objeto natural; la reflexión histórica lo conserva en esa alteridad que permite explicar pero rara vez comprender. La intuición, al precipitarse en el interior de la conciencia mórbida, procura ver el mundo patológico con los ojos del enfermo mismo: la verdad que busca no corresponde al orden de la objetividad, sino al de la intersubjetividad.

En la medida en que comprender quiere decir al mismo tiempo reunir, captar de entrada y penetrar, esta nueva reflexión sobre la enfermedad es ante todo «comprensión». Este es el método que ha practicado la psicología fenomenológica.

Pero ¿es posible comprenderlo todo? Lo propio de la enfermedad mental, por oposición al comportamiento normal, ¿no es justamente que puede ser explicada, pero que resiste a toda comprensión? Los celos, ¿no son normales cuando los comprendemos aun en sus exageraciones y mórbidos cuando «ya no comprendemos» sus reacciones, ni siquiera las más elementales? Corresponde a Jaspers[1] haber mostrado que la comprensión puede extenderse mucho más allá de las fronteras de lo normal y que la comprensión intersubjetiva puede alcanzar el mundo patológico en su esencia.

Sin duda, hay formas mórbidas que aún son y continuarán siendo opacas a la comprensión fenomenológica. Son las derivaciones directas de procesos cuyo movimiento mismo es desconocido por la conciencia normal, como es el caso de las irrupciones en la conciencia de imágenes provocadas por intoxicaciones, como esos «meteoros psíquicos» que solo pueden

explicarse como una ruptura del tiempo de la conciencia, como lo que Jaspers llama una «ataxia psíquica». En suma, son esas impresiones que parecen tomadas de una materia sensible totalmente ajena a nuestra esfera: sentimiento de una influencia que penetra hasta el interior del pensamiento, impresión de estar atravesados por campos de fuerza materiales y a la vez misteriosamente invisibles, experiencia de una transformación aberrante del cuerpo.

Pero sin llegar a esos límites lejanos de la comprensión a partir de los cuales se abre lo que para nosotros es el mundo extraño y muerto de lo insensato, el universo mórbido sí que puede penetrarse. Y mediante esa comprensión, uno puede intentar reconstituir la experiencia que el enfermo tiene de su enfermedad (cómo la vive en su condición de individuo enfermo o anormal o sufriente) y, a la vez, el universo mórbido al cual se abre esa conciencia de la enfermedad, el mundo al que esta apunta y que al mismo tiempo constituye. Comprensión de la conciencia enferma y reconstitución de su universo patológico: estas son las dos tareas de una fenomenología de la enfermedad mental.

La conciencia que el enfermo tiene de su enfermedad es rigurosamente original. No hay nada más falso que el mito del loco que ignora estar enfermo; la distancia que separa la conciencia del médico de la del enfermo no se mide por la distancia que separa el saber de la enfermedad y su ignorancia. El médico no está del lado de la salud que posee todo saber sobre la enfermedad y el enfermo no está del lado de la enfermedad que ignora todo sobre sí misma, hasta su propia existencia. El enfermo reconoce su anomalía y le da, por lo menos, el sentido de una diferencia irreductible que lo separa de la conciencia y del universo de los demás. Pero el enfermo, por lúcido que esté, no tiene la misma perspectiva que el médico sobre su dolencia; nunca toma esa distancia especulativa que le permitiría comprender la enfermedad como un proceso objetivo que se desarrolla en él, pero sin él. La conciencia de la enfermedad está atrapada en el interior de la enfermedad; está anclada en ella y, en el momento en que la percibe,

la expresa. El modo en que el enfermo acepta o niega su enfermedad y el modo en que la interpreta y da significación a sus formas más absurdas son elementos que constituyen una de las dimensiones esenciales de la enfermedad. Lo que se registra no es ni un derrumbe inconsciente dentro del proceso mórbido ni una conciencia lúcida, no integrada y objetiva de ese proceso, sino que hay un reconocimiento alusivo, una percepción difusa de un decorado mórbido sobre el fondo del cual se destacan los temas patológicos. Tal es el modo de conciencia ambiguo cuyas variaciones debe analizar la reflexión fenomenológica.[2]

1) El paciente puede percibir la enfermedad con una postura de objetividad que la sitúa a una distancia máxima de la conciencia enferma. En su esfuerzo por refrenarla y no reconocerse en ella, el enfermo le confiere el sentido de un proceso accidental y orgánico. Mantiene la enfermedad en los límites de su cuerpo: omitiendo o negando toda alteración de la experiencia psicológica, no le da importancia y finalmente solo percibe y tematiza los contenidos orgánicos de su experiencia. Lejos de ocultar su enfermedad, la hace ostensible, pero solamente en sus formas fisiológicas y, en la objetividad que el enfermo confiere a sus síntomas, el médico ve, con justa razón, la manifestación de trastornos subjetivos. Esa preeminencia de los procesos orgánicos en el campo de la conciencia del enfermo y en la manera en que concibe su enfermedad constituye la gama de los signos histéricos (parálisis o anestesias psicogénicas), síntomas psicosomáticos o, por último, preocupaciones hipocondríacas que con mucha frecuencia encontramos en la psicastenia o en ciertas formas de esquizofrenia. Como elementos de la enfermedad, esas formas orgánicas o pseudoorgánicas son también para el sujeto modos de comprender su enfermedad.

2) En la mayoría de los trastornos obsesivos, en muchas paranoias y en ciertas esquizofrenias, el enfermo reconoce que el proceso mórbido se confunde con su personalidad. Pero lo hace de manera paradójica: encuentra en su historia, en sus conflictos con las personas que lo rodean, en las contradicciones de su situación actual los primeros signos de su enfermedad. Describe la génesis de su mal, pero al mismo tiempo ve en el

comienzo de su enfermedad la explosión de una existencia nueva que altera profundamente el sentido de su vida, hasta el punto de amenazarla. Ejemplo de este proceso son esos celosos que justifican su desconfianza, sus interpretaciones y sus sistematizaciones delirantes haciendo una génesis minuciosa de sus sospechas y que parecen diluir sus síntomas a lo largo de toda su existencia. Pero reconocen que desde tal aventura o desde tal renacer de su pasión, su existencia se transformó por completo, que su vida se envenenó y que ya no pueden soportarla. Ven en sus celos mórbidos la verdad más profunda de su existencia y también la más radical de las desdichas. Los normalizan refiriéndolos a toda su vida anterior, pero se apartan de ellos aislándolos como una perturbación brutal. Entienden su enfermedad como un destino: una enfermedad que solo puede acabar con sus vidas destrozándolas.

3) Esta unidad paradójica no puede mantenerse siempre: los elementos mórbidos se separan entonces de su contexto normal y, al cerrarse sobre sí mismos, constituyen un mundo autónomo que para el enfermo tiene muchos signos de objetividad: está movido y atormentado por fuerzas exteriores que escapan a toda investigación precisamente por el carácter misterioso de ese mundo que se impone por su evidencia y resiste frente a todo esfuerzo. Las alucinaciones que lo pueblan le dan la riqueza sensible de lo real; el delirio que mantiene unidos sus elementos le asegura una coherencia casi racional. Pero la conciencia de la enfermedad no desaparece en esta casi objetividad; sigue estando presente, al menos de manera marginal. Lo que hace ese mundo de elementos alucinatorios y de delirios cristalizados es yuxtaponerse al mundo real. El paciente nunca confunde la voz de su médico con las voces alucinatorias de sus perseguidores, aun cuando para él su médico también es un perseguidor. El delirio más consistente le parece al enfermo, a lo sumo, tan real como lo real mismo; y en ese juego de dos realidades, en esa ambigüedad teatral, la conciencia de la enfermedad se revela como conciencia de otra realidad.

El enfermo está dispuesto a reconocer esa oposición al mundo real o, mejor dicho, la irreductible yuxtaposición de esos dos mundos reales: un alucinado le pregunta a su interlocutor si no oye, como él, las voces que le

persiguen. Lo conmina a rendirse a esa evidencia sensible, pero si uno niega o ignora por completo los hechos que él invoca, el enfermo se acomoda bastante bien a la situación y declara que, en esas condiciones, él es el único que oye tales voces. Para él, esta singularidad de la experiencia no invalida la certeza que lo acompaña, pero reconoce, aceptándolo y hasta reafirmándolo, el carácter extraño y dolorosamente singular de su universo. Al admitir que existen dos mundos, al adaptarse tanto al primero como al segundo, el paciente manifiesta en un segundo plano de su conducta una conciencia específica de su enfermedad.

4) Finalmente, en las formas últimas de la esquizofrenia y en los estados de demencia, el enfermo termina sumergido en el mundo de su enfermedad, de modo que capta el universo que ha abandonado como una realidad lejana y velada. En ese paisaje crepuscular en el que las experiencias más reales —los acontecimientos, las palabras oídas, la gente que lo rodea— adquieren una condición fantasmagórica, parece que el enfermo conserva aún un sentimiento oceánico de su dolencia. Sumergido en su universo mórbido, tiene conciencia de estar en él y, por lo que podemos suponer a partir de lo que cuentan los enfermos recuperados, en la conciencia del sujeto se mantiene siempre presente la impresión de percibir la realidad de una manera deformada, caricaturizada y metamorfoseada, en el sentido estricto del término, a la manera de un sueño. La señora Séchehaye, que trató y curó a una joven esquizofrénica, recogió las impresiones que su paciente había experimentado en el curso de su episodio patológico: «Se diría —contó la joven— que mi percepción del mundo me hacía sentir de una manera más aguda la extrañeza de las cosas. En el silencio y la inmensidad, cada objeto se recortaba como cercenado con un cuchillo, suelto en el vacío, en lo ilimitado, separado de los otros objetos. A fuerza de estar solo, sin lazo alguno con su alrededor, empezaba a existir. [...] Yo me sentía expulsada del mundo, fuera de la vida, espectadora de un filme caótico que se desarrollaba sin cesar ante mis ojos y en el que yo no podía participar». Y poco después, agrega: «Las personas se me aparecen como en un sueño y yo no consigo distinguir su carácter particular».[3] En casos como este, la conciencia de la enfermedad ya no es más que un inmenso sufrimiento

moral ante un mundo reconocido como tal por referencia implícita a una realidad que se ha vuelto inaccesible.

La enfermedad mental, independientemente de la forma que adopte y los grados de obnubilación que conlleve, siempre implica una conciencia de la enfermedad. El universo mórbido nunca es un delirio absoluto en el que quedarían abolidas todas las referencias a lo normal; por el contrario, la conciencia enferma siempre se despliega con una doble referencia para sí misma, sea a lo normal y lo patológico, sea a lo familiar y lo extraño, o bien a lo singular y lo universal, o a la vigilia y el onirismo.

Pero esta conciencia enferma no se resume en la conciencia que tiene de su enfermedad; se dirige además a un mundo patológico cuyas estructuras deberíamos estudiar ahora para completar así el análisis noético con un análisis noemático.

1) Eugène Minkowski ha estudiado las perturbaciones en las formas temporales del mundo mórbido. Concretamente, ha analizado un caso de delirio paranoide en el que el enfermo se siente amenazado por catástrofes que ninguna precaución puede conjurar: la inminencia se renueva a cada instante, y el hecho de que la desgracia temida nunca se haya producido no puede probar que no ocurrirá en cualquier otro momento. Ahora bien, la catástrofe por la que se siente amenazado es morir aplastado por todo lo que en el mundo es residuo, cadáver, detritus, desechos. Es bastante fácil ver una relación significativa entre ese contenido del delirio y el tema angustioso de la inminencia catastrófica: la fobia a los «restos» manifiesta la incapacidad del sujeto de concebir que una cosa pueda desaparecer, cómo lo que ya no es puede no permanecer. Para él, la acumulación del pasado ya no puede liquidarse, suprimirse, y, correlativamente, el pasado y el presente no consiguen anticipar el porvenir. Ninguna seguridad adquirida puede garantizar la tranquilidad contra las amenazas que contiene el porvenir; en el futuro, todo es absurdamente posible. En su entrelazamiento delirante, esos dos temas revelan así una grave perturbación de la temporalidad. El tiempo ya no se proyecta ni transcurre: el pasado se acumula y el único

porvenir que se abre solo puede contener como promesa el aplastamiento del presente bajo la masa cada vez más pesada del pasado.[4]

Vemos que cada trastorno comporta una alteración específica del tiempo vivido. Binswanger, por ejemplo, ha definido como *Ideenflucht* la perturbación temporal de la existencia maníaca: el tiempo, por fragmentación, se vuelve momentáneo y, al no tener una apertura hacia el pasado ni hacia el futuro, gira como un torbellino sobre sí mismo y avanza a saltos o en forma de repeticiones. Ese fondo de una temporalidad perturbada permite comprender la «fuga de las ideas» de que habla Binswanger, con su alternancia característica de repeticiones temáticas y de asociaciones inquietas e ilógicas. El tiempo del esquizofrénico también avanza a sacudidas, pero está quebrado por la inminencia de lo Súbito y de lo Aterrador, a la que el enfermo solo puede escapar mediante el mito de una eternidad vacía. La temporalidad del esquizofrénico se reparte así entre el tiempo fraccionado de la angustia y la eternidad sin forma ni contenido del delirio.[5]

2) El espacio en tanto estructura del mundo vivido puede prestarse a los mismos análisis.

A veces las distancias colapsan, como en el caso de esos delirantes que reconocen en un determinado lugar a personas que saben que están en otra parte o esos alucinados que oyen sus voces, no en el espacio objetivo donde se sitúan las fuentes sonoras, sino en un espacio mítico, en una especie de cuasi espacio en el que los ejes de referencia son fluidos y móviles: oyen cerca de ellos, alrededor de ellos, dentro de sí mismos, las voces de los perseguidores a quienes sitúan al mismo tiempo más allá de las paredes, mucho más allá de la ciudad y de sus fronteras. Sustituyen el espacio transparente en donde cada objeto tiene su lugar geográfico y donde las perspectivas se articulan por un espacio opaco en el que los objetos se mezclan, se aproximan y se alejan en una movilidad inmediata, se desplazan sin movimiento y finalmente se fusionan en un horizonte sin perspectiva. Como dice Minkowski, «el espacio claro» se desdibuja en «el espacio oscuro», en el del miedo y de la noche o, más precisamente, ambos

se mezclan en el universo mórbido, en lugar de dividirse como lo hacen en el mundo normal.[6]

En otros casos, el espacio se vuelve insular y rígido. Los objetos pierden ese índice de inserción que marca también la posibilidad de utilizarlos; se ofrecen en una plenitud singular que los separa de su contexto y se afirman en su aislamiento, sin vínculo real ni virtual con los demás objetos. Las relaciones instrumentales han desaparecido. Roland Kuhn ha estudiado en este sentido los delirios de «límites» de algunos esquizofrénicos: la importancia que dan a los límites, a las fronteras, a los muros, a todo lo que cierra, enclaustra y protege, está relacionada con la ausencia de unidad interna en la disposición de las cosas: en la medida en que estas no «se sostienen» juntas, es preciso protegerlas del exterior y mantenerlas en una unidad que no les es natural. Los objetos han perdido su cohesión, y el espacio, su coherencia. Como en el caso de ese enfermo que dibujaba continuamente el plano de una ciudad fantástica cuyas infinitas fortificaciones no protegían más que un conglomerado de edificios sin significaciones. El sentido de la «instrumentalidad» ha desaparecido del espacio. El mundo de los *Zuhandenen* [las cosas que «están a mano»], como diría Heidegger, no es para el enfermo más que un mundo de *Vorhandenen* [las cosas «que existen frente a uno más allá del alcance de la mano»].

3) La enfermedad no solo perturba el medio espaciotemporal, el *Umwelt* [el «ambiente»] en sus estructuras existenciales; también afecta al *Mitwelt* [las «personas del entorno»], el universo social y cultural. Para el enfermo, el prójimo deja de existir como interlocutor de un diálogo o como cooperador de una tarea; ya no se le presenta sobre el fondo de las implicaciones sociales, pierde su realidad de *«socius»* y, en ese universo despoblado, se transforma en el Extraño. A esta alteración radical se refiere el síndrome tan frecuente de la «desrealización simbólica del otro»: un sentimiento de extrañeza ante el lenguaje, el sistema de expresión, el cuerpo del otro; dificultad de acceder hasta la certeza de la existencia del otro; pesadez y alejamiento de un universo interhumano en el que las cosas expresadas se congelan, en el que las significaciones tienen la indiferencia

masiva de las cosas y donde los símbolos adquieren la gravedad de los enigmas: es el mundo rígido del psicasténico y de la mayor parte de los esquizofrénicos. La paciente de la señora Séchehaye describe así uno de sus primeros sentimientos de irrealidad: «Me encontraba en el Patronato; súbitamente vi que la sala se hacía inmensa y parecía iluminada por una luz terrible. [...] Las alumnas y las maestras parecían títeres que se movían sin razón, sin un propósito. Oía las conversaciones pero no comprendía las palabras. Las voces me parecían metálicas, sin timbre y sin calor. De vez en cuando, una palabra se desprendía del resto. Y se repetía en mi cerebro, como recortada con cuchillo, absurda». La niña siente miedo, la celadora interviene y la tranquiliza: «Me sonrió amablemente [...], pero su sonrisa, en lugar de tranquilizarme, aumentaba aún más mi angustia y mi desconcierto, pues percibí sus dientes muy blancos y regulares. Esos dientes brillaban con el destello de la luz y, aunque continuaban siendo iguales, pronto ocuparon toda mi visión, como si toda la sala no fuera más que dientes brillando bajo una luz implacable».[7]

En el otro extremo de la patología está el mundo infinitamente fluido del delirio alucinatorio: tumulto de seudorreconocimiento que se reanuda permanentemente y en el que cada uno de los otros no es otro sino el Otro mayor, reaparecido sin cesar, ahuyentado sin cesar y siempre reencontrado; presencia única de mil rostros del hombre aborrecido que engaña y que mata, de la mujer devoradora que trama la gran conjura de la muerte. Cada rostro, extraño o familiar, no es sino una máscara; cada declaración, clara u oscura, no oculta más que un sentido: la máscara del perseguidor y el sentido de la persecución.

Máscaras de la psicastenia, máscaras del delirio alucinatorio: precisamente en la monotonía de las primeras comienza a perderse la variedad de los rostros humanos. En cambio, bajo los innumerables perfiles de las segundas, se encuentra, única, estable y cargada de un sentido implacable, la experiencia delirante del alucinado.

4) Finalmente, la enfermedad puede alcanzar a la persona en la esfera individual donde se despliega la experiencia del cuerpo propio. El cuerpo deja de ser ese centro de referencia alrededor del cual los caminos del

mundo abren sus posibilidades. Al mismo tiempo, la presencia del cuerpo en el horizonte de la conciencia se altera. A veces se espesa hasta adquirir la pesadez e inmovilidad de una cosa; vira a una objetividad en la que la conciencia ya no puede reconocer su cuerpo. El sujeto ya no se percibe más que como cadáver o como máquina inerte cuyos impulsos emanan en su totalidad de una exterioridad misteriosa. Veamos qué declaraba una enferma observada por el señor Minkowski: «Un día de cada dos, mi cuerpo está duro como la madera. Hoy, mi cuerpo es sólido como esa pared; ayer tenía en todo momento la impresión de que mi cuerpo era agua negra, más negra que esa chimenea. [...] En mí, todo es negro, de un negro mohoso, como sucio. [...] Mis dientes tienen el espesor del borde de un cajón. Diría que mi cuerpo es grueso, compacto y resbaladizo como este parqué».[8]

A veces también la conciencia plena del cuerpo, con su espacialidad y esa densidad en la que se insertan las experiencias propioceptivas termina por extenuarse hasta no ser más que conciencia de una vida incorpórea y creencia delirante en una existencia inmortal. El mundo del propio cuerpo, el *Eigenwelt*, parece vaciado de su contenido, y esa vida que ya no es más que conciencia de inmortalidad se agota en una muerte lenta que el individuo prepara rechazando todo alimento, todo cuidado corporal y toda preocupación material. Binswanger estudió a una paciente, Ellen West, en la que se puede reconocer esa perturbación del *Eigenwelt* y en la que al mismo tiempo vemos cómo se desarman las formas de inserción en el mundo. Ellen ya no reconoce el modo de existencia que se orienta y se mueve en el mundo según los caminos virtuales trazados en el espacio; ya no sabe «mantenerse verticalmente sobre la tierra»: se siente atrapada entre el deseo de volar, de planear en medio de un júbilo etéreo, y el pánico a quedar cautiva en una tierra cenagosa que la oprime y la paraliza. Entre la movilidad alegremente instantánea y la angustia que empantana, el espacio sólido y firme del movimiento corporal ha desaparecido. El mundo se ha vuelto «silencioso, glacial y muerto». La enferma sueña su cuerpo como una fluidez grácil y etérea cuya inconsistencia la libera de toda materialidad. Este es el fondo sobre el cual se manifiesta la psicosis y contra el cual se recortan los síntomas (miedo a engordar, anorexia,

indiferencia afectiva) que la llevarán, a través de una evolución mórbida de más de trece años, al suicidio.[9]

Uno podría sentirse tentado a reducir estos análisis a análisis históricos y preguntarse si lo que llamamos el universo del enfermo no es solamente un recorte arbitrario de su historia o, al menos, el estado último en el que culmina su devenir. Aunque es cierto que Rudolf, un paciente de Roland Kuhn, permaneció varias horas junto al cadáver de su madre cuando no era más que un niño de corta edad que ignoraba la significación de la muerte, ese episodio en sí no es la causa de su enfermedad. Sus largos contactos con un cadáver solo pudieron entrar en una comunidad de sentido con una necrofilia ulterior, y finalmente con un intento de asesinato, en la medida en que se constituyó un mundo en el que la muerte, el cadáver, el cuerpo rígido y frío, la mirada glauca tenían una jerarquía y un sentido. Fue necesario que ese mundo de la muerte y de la noche adquiriera un lugar privilegiado frente al mundo del día y de la vida, y que el paso de uno a otro, que tiempo atrás había provocado en él tanto deslumbramiento y tanta angustia, lo fascine aún hasta el punto de querer forzarlo poniéndose en contacto con cadáveres y asesinando a una mujer.[10] El mundo mórbido no se explica por la causalidad histórica (me refiero a la de la historia psicológica), sino que esta solo puede darse porque ese mundo existe; él es el que promueve el vínculo del efecto y de la causa, de lo anterior y lo ulterior.

Pero habría que interrogarse acerca de esta noción de «mundo mórbido» y sobre lo que lo distingue del universo que constituye la persona normal. Sin duda, el análisis fenomenológico rechaza una distinción *a priori* de lo normal y lo patológico: «La validez de las descripciones fenomenológicas no está limitada por un juicio sobre lo normal y lo anormal».[11] Pero lo mórbido se manifiesta en el transcurso de la investigación como un carácter fundamental de ese universo. El mundo del enfermo es, en efecto, un lugar cuyas formas imaginarias, hasta oníricas, su opacidad a todas las perspectivas de la intersubjetividad, delatan como un «mundo privado», como un ἴδιον κόσμον; y Binswanger recuerda, a propósito de la locura, la

expresión de Heráclito referida al sueño: «Los que están despiertos tienen un mundo único y común (ἕνα καὶ κοινὸν κόσμον); el que duerme se vuelve hacia su propio mundo (είς ἴδιον άποστρεφε σθαὶ)».[12] Pero esa existencia mórbida está marcada al mismo tiempo por un estilo muy particular de abandono del mundo: al perder las significaciones del universo, al perder su temporalidad fundamental, el sujeto aliena esta existencia en el mundo donde estalla su libertad. Al no poder retener el sentido, se abandona a los acontecimientos. En ese tiempo fragmentado y sin futuro, en ese espacio sin coherencia, podemos ver la marca de un derrumbe que entrega el sujeto al mundo como a un destino exterior. El proceso patológico es, como dice Binswanger, una *Verweltlichung* [«secularización»]. En esta unidad contradictoria de un mundo privado y de un abandono a la inautenticidad del mundo está el nudo de la enfermedad. O, para emplear otro vocabulario, la enfermedad es a la vez retiro a la peor de las subjetividades y caída en la peor de las objetividades.

Pero aquí probablemente estemos rozando una de las paradojas de la enfermedad mental que nos obligan a intentar nuevas formas de análisis: si esa subjetividad del loco es al mismo tiempo vocación y abandono al mundo, ¿no habría que preguntarle al mundo mismo el secreto de su carácter enigmático? ¿No hay en la enfermedad todo un núcleo de significaciones que corresponden al ámbito de donde surgió y, ante todo, el simple hecho de que allí quedó identificada como enfermedad?

Segunda parte

LOCURA Y CULTURA

INTRODUCCIÓN

Los análisis precedentes han fijado las coordenadas que permiten a las psicologías situar el hecho patológico. Pero si bien esos análisis mostraron las formas en que aparece la enfermedad, no han podido demostrar, en cambio, sus condiciones de aparición. Sería un error creer que la evolución orgánica, la historia psicológica o la situación del hombre en el mundo pueden revelar esas condiciones. Sin duda, es en ellas donde se manifiesta la enfermedad, es en ellas donde se revelan sus modalidades, sus formas de expresión y su estilo. Pero la desviación patológica, como tal, tiene sus raíces en otra parte.

Boutroux decía, en su vocabulario, que las leyes psicológicas, hasta las más generales, son relativas a una «fase de la humanidad». Hay un hecho que desde hace tiempo es un lugar común de la sociología y de la patología mental, y es que la enfermedad solo tiene su realidad y su valor de enfermedad dentro de una cultura que la reconoce como tal. La paciente de Janet que tenía visiones y que presentaba estigmas habría sido, bajo otros cielos, una visionaria mística y taumaturga. El obsesivo que se mueve en el universo contagioso de las simpatías parece coincidir en sus gestos propiciatorios con las prácticas del mago primitivo: los ritos por los cuales circunscribe el objeto de su obsesión adquieren, para nosotros, un sentido mórbido por la creencia en el tabú, cuya fuerza equívoca el primitivo normalmente quiere ganarse para asegurarse una complicidad peligrosamente favorable.

De todas maneras, esa relatividad del hecho mórbido no está tan clara. Durkheim creía explicarla recurriendo a una concepción evolucionista y a la

vez estadística: en una sociedad se considerarían patológicos los fenómenos que, apartándose de la media, marquen las etapas superadas de una evolución anterior o anuncien las fases próximas de un desarrollo que apenas comienza. «Si convenimos en llamar tipo medio al ser esquemático que se constituiría reuniendo en un mismo todo, en una suerte de universalidad abstracta, los caracteres más frecuentes de la especie [...], podríamos decir que todo lo que se aparte de ese patrón de la salud es un fenómeno mórbido.» Y completa ese punto de vista estadístico agregando: «Una sociedad determinada no puede llamar normal a un hecho social más que en relación con una fase igualmente determinada de su desarrollo» *(Reglas del método sociológico)*. Pese a sus diferentes implicaciones antropológicas, la concepción de los psicólogos estadounidenses no está muy alejada de la perspectiva durkheimiana. Según Ruth Benedict,[1] cada cultura elegiría algunas de las virtualidades que forman la constelación antropológica del hombre: una determinada cultura, la de los kwakiutl, por ejemplo, escoge la exaltación del yo individual, mientras que la de los zuni la excluye radicalmente. En Dobu, la agresión es una conducta privilegiada que los indios pueblo, en cambio, reprimen. De modo que cada cultura tendrá una imagen de la enfermedad cuyo perfil está determinado por el conjunto de las virtualidades antropológicas que desdeña o que reprime. Lowies, al estudiar a los indios crow, cita a uno que tenía un conocimiento excepcional de las formas culturales de su tribu, pero que era incapaz de afrontar un peligro físico. Y en esa forma de cultura que únicamente ofrece posibilidades y da valor a las conductas agresivas, sus virtudes intelectuales hacían que se lo tuviera por un irresponsable, un incompetente y, finalmente, un enfermo. «Así como se favorece a quienes poseen los reflejos naturales más parecidos a ese comportamiento que caracteriza a su sociedad —dice Benedict—, los que exhiben reflejos naturales que caen en ese arco de comportamiento que no existe en su civilización se hallan desorientados.» La concepción de Durkheim y la de los psicólogos estadounidenses tienen en común su enfoque de la enfermedad bajo un aspecto negativo y virtual a la vez. Negativo porque definen la enfermedad en relación con una media, con una norma, con una «configuración», y

porque basan toda la esencia de lo patológico en esa diferencia. La enfermedad sería marginal por naturaleza y relativa a una cultura solo en la medida en que sea una conducta que no se integre a ella. El enfoque es virtual porque define el contenido de la enfermedad en virtud de las posibilidades, en sí mismas no mórbidas, que se manifiestan en ella: para Durkheim es la virtualidad estadística de una diferencia con respecto a la media; para Benedict, es la virtualidad antropológica de la esencia humana; en los dos análisis, la enfermedad ocupa su lugar entre las virtualidades que sirven de margen a la realidad cultural de un grupo social.

Esta perspectiva implica, sin duda, que se pasa por alto lo que hay de positivo y de real en la enfermedad, tal como esta se presenta en una sociedad. En efecto, hay enfermedades que son reconocidas como tales y que, en el interior de un grupo, tienen una jerarquía y una función. Lo patológico deja de ser entonces una simple desviación respecto del tipo cultural y pasa a ser uno de los elementos y una de las manifestaciones de ese tipo. Dejemos de lado el célebre caso de los berdaches, entre los indios dakota de América del Norte; esos homosexuales tienen un estatus religioso de sacerdotes y de magos, una función económica de artesanos y criadores, vinculados con la particularidad de su conducta sexual. Pero nada indica que en su grupo haya una conciencia clara de que son enfermos. Por el contrario, esa conciencia aparece siempre ligada a instituciones sociales bien precisas. Veamos, de acuerdo con Callaway, cómo se adquiere la condición de chamán entre los zulúes: «al principio», quien está viviendo el proceso de devenir chamán «es de apariencia robusta, pero con el tiempo se vuelve progresivamente más delicado. [...] No deja de lamentarse de que siente dolor. [...] Sueña con toda clase de cosas y su cuerpo está enlodado. [...] Sufre convulsiones que cesan durante un tiempo cuando se lo rocía con agua. A la primera falta de consideración, suelta unas lágrimas y luego llora ruidosamente. Un hombre que se está convirtiendo en adivino causa serios trastornos». Por lo tanto, sería falso decir que, entre los zulúes, las conductas características del chamán son virtualidades reconocidas y validadas, mientras que entre los europeos se las califica por el contrario de comportamientos hipocondríacos o histéricos. Aquí, la conciencia de la

enfermedad no solo no excluye el rol social sino que, al contrario, lo convoca. La enfermedad, reconocida como tal, recibe su estatus del grupo mismo que la denuncia. Pueden encontrarse otros ejemplos en el rol que cumplían no hace tanto tiempo, en nuestras sociedades occidentales, el idiota del pueblo y los epilépticos.

Si Durkheim y los psicólogos estadounidenses hicieron de la desviación y del apartamiento de la norma la naturaleza misma de la enfermedad, ello se debió sin duda a una ilusión cultural que les es común: nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo al que persigue o encierra. En el momento mismo en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo. Por eso podemos decir que los análisis de nuestros psicólogos y de nuestros sociólogos, que hacen del enfermo un desviado y que buscan el origen de lo mórbido en lo anormal, son, ante todo, una proyección de temas culturales. En realidad, una sociedad se expresa positivamente en las enfermedades mentales que manifiestan sus miembros, y esto es así independientemente del estatus que dicha sociedad atribuya a esas formas mórbidas: ya sea que las sitúe en el centro de su vida religiosa, como ocurre con frecuencia entre los primitivos, o que procure expatriarlos situándolos en el exterior de la vida social, como hace nuestra cultura.

Surgen entonces dos preguntas: ¿cómo ha llegado nuestra cultura a dar a la enfermedad el sentido de la desviación y al enfermo una condición que lo excluye? ¿Y cómo, a pesar de ello, nuestra sociedad se expresa en esas formas mórbidas en las que se niega a reconocerse?

Capítulo 5

LA CONSTITUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Hace relativamente poco tiempo que Occidente ha atribuido a la locura el estatus de enfermedad mental.

Se ha dicho, y se ha repetido demasiado insistentemente, que hasta el advenimiento de una medicina positiva, el loco había sido considerado como un «poseído». Y todas las historias de la psiquiatría anteriores a ese momento han querido mostrar en el loco de la Edad Media y del Renacimiento a un enfermo ignorado, atrapado dentro de la cerrada red de significaciones religiosas y mágicas. De modo que, según esta versión, hubo que esperar a que el enfermo cayera bajo la objetividad de una mirada médica serena y a la postre científica, capaz de descubrir el deterioro de la naturaleza allí donde antes solo se habían descifrado perversiones sobrenaturales. Esta interpretación se basa en un error de hecho —que antes los locos fueron considerados como seres poseídos—, en un prejuicio inexacto —que las personas definidas como poseídas eran enfermos mentales— y, por último, en un razonamiento equivocado: se deduce que si los poseídos eran en verdad locos, a los locos se los trataba realmente como a poseídos. En realidad, el complejo problema de la posesión no corresponde directamente a una historia de la locura sino a una historia de las ideas religiosas. En dos ocasiones, antes del siglo XIX, la medicina tuvo que intervenir para dilucidar el problema de la posesión: durante la primera, que se extendió de J. Weyer a Duncan (de 1560 a 1640), la intervención fue llevada a cabo a petición de los parlamentos, de los gobiernos y hasta de la

jerarquía católica para reforzar su ataque contra ciertas órdenes monásticas que seguían ejerciendo las prácticas de la Inquisición. En esta ocasión, los médicos tuvieron que encargarse de mostrar que todos los pactos y ritos diabólicos podían explicarse en virtud de los poderes de una imaginación perturbada. De 1680 a 1740, por solicitud de la Iglesia católica en su totalidad y del propio gobierno, se produjo una nueva intervención de la medicina, esta vez contra la explosión de misticismo protestante y jansenista, desencadenada por las persecuciones de finales del reinado de Luis XIV. En esta oportunidad, las autoridades eclesiásticas convocaron a los médicos para que mostraran que todos los fenómenos del éxtasis, de la inspiración, del profetismo y de la posesión del Espíritu Santo se debían únicamente (en los herejes, por supuesto) a los movimientos violentos de los humores o de los espíritus. Que la medicina anexara todos esos fenómenos religiosos o pararreligiosos no fue, pues, sino un episodio lateral respecto del gran trabajo que definió la enfermedad mental. Y, sobre todo, esa anexión no surgió de un esfuerzo esencial para el desarrollo de la medicina; la experiencia religiosa misma, para decidirse entre uno y otro ámbito, apeló de manera secundaria a la confirmación y a la crítica médicas. Era el destino de esta historia que, con el tiempo, la medicina aplicara retrospectivamente semejante crítica a todos los fenómenos religiosos y la desviara, a expensas de la Iglesia católica (que sin embargo era la instancia que la había solicitado), contra toda la experiencia cristiana: para mostrar a la vez y de una manera paradójica que la religión procede de los poderes fantasiosos de la neurosis y que los condenados por la religión eran víctimas, no solo de la religión, sino, al mismo tiempo, de su propia neurosis. Pero esta vuelta de tuerca data del siglo XIX, es decir, de una época en la que ya se había adoptado la definición de la enfermedad mental en el estilo positivista.

En realidad, antes del siglo XIX, la experiencia de la locura era muy polimorfa en el mundo occidental, y el hecho de que en nuestra época se la constriña en el concepto de «enfermedad» no debe engañarnos en cuanto a su exuberancia originaria. Sin duda, desde la medicina griega, cierta parte del campo de la locura estaba ya ocupada por las nociones de la patología y

las prácticas vinculadas con ella. En Occidente ha habido en todas las épocas curas médicas de la locura, y los hospitales de la Edad Media tenían en su mayor parte, como el Hôtel-Dieu de París, camas reservadas para los locos (a menudo camas cerradas, una especie de jaulas de gran tamaño para retener a los furiosos). Pero no se trataba de un sector restringido, limitado a las formas de la locura que se juzgaba curables («frenesíes», episodios de violencia o accesos «melancólicos»). Más allá de esas formas precisas, la locura abarcaba un amplio campo, pero sin apoyo médico.

Con todo, esa extensión no se refleja en medidas estables y varía con las épocas, al menos en sus dimensiones visibles: a veces está implícita y como a ras de agua o, por el contrario, sale a la superficie, emerge ampliamente y se integra sin dificultad a todo el paisaje cultural. El final del siglo XV es ciertamente una de esas épocas en que la locura se reconcilia con los poderes esenciales del lenguaje. Las últimas manifestaciones de la edad gótica estuvieron dominadas, por turnos y en un movimiento continuo, por el temor a la muerte y el temor a la locura. A la *Danza macabra* representada en el Cementerio de los Inocentes, al *Triunfo de la muerte* cantado en los muros del Camposanto de Pisa, siguen las innumerables danzas y fiestas de los Locos que Europa celebrará de buena gana a lo largo de todo el Renacimiento. Se registran las celebraciones populares alrededor de espectáculos dados por las «asociaciones de locos», como el *Navío azul* en Flandes. Hay toda una iconografía que va desde *La nave de los locos* de El Bosco, a Brueghel y a *Greta la Loca.* También hay textos eruditos, las obras de filosofía o de crítica moral, como la *Stultifera Navis* de Brant o el *Elogio de la locura* de Erasmo. Habrá, por último, toda una literatura de la locura: las escenas de demencia en el teatro isabelino y en el teatro francés preclásico forman parte de la arquitectura dramática, como los sueños y, un poco después, las escenas de confesión que conducen del drama de la ilusión a la verdad, de la falsa solución al verdadero desenlace. Son uno de los recursos esenciales de ese teatro barroco, como lo son también de las novelas contemporáneas: las grandes aventuras de los relatos de caballería pasan a ser de buen grado las extravagancias de espíritus que ya no pueden dominar sus quimeras. A finales del Renacimiento, Shakespeare y

Cervantes dan testimonio del gran prestigio de esa locura cuyo reinado próximo habían anunciado cien años antes Brant y El Bosco.

Esto no equivale a decir que el Renacimiento no haya tratado de curar a los locos. Al contrario, justamente en el siglo XV se abren, en España primero (más precisamente, en Zaragoza) y luego en Italia, los primeros grandes establecimientos reservados a los locos. Allí se los somete a un tratamiento en gran medida inspirado en la medicina árabe. Pero esas prácticas están localizadas. La locura, esencialmente, se experimenta en estado libre, circula, forma parte del decorado y del lenguaje comunes y es, para todo el mundo, parte de la experiencia cotidiana que, más que dominar, se intenta exaltar. A comienzos del siglo XVII, hay en Francia locos célebres que el público en general y también el público cultivado tienen por apreciado objeto de diversión. Algunos, como Bluet d'Arbères, escriben libros que se publican y que la gente lee como obras de locura. Hasta aproximadamente 1650, la cultura occidental fue extrañamente hospitalaria con esas formas de experiencia.

A mediados del siglo XVII se produce un cambio brusco: el mundo de la locura pasa a ser el mundo de la exclusión.

Se crean (y es algo que ocurre en toda Europa) grandes casas de internación que no están simplemente destinadas a recibir a los locos sino que acogen a toda una serie de individuos muy diferentes entre sí, al menos según nuestros criterios de percepción: se encierra a los pobres inválidos, a los ancianos sin recursos, a los mendigos, a los desempleados pertinaces, a quienes sufren enfermedades venéreas, a libertinos de toda índole, a personas a quienes su familia o el poder real quieren evitarles un castigo público, a padres de familia disipados, a eclesiásticos que quebrantaron sus votos; en suma, a todos aquellos que, en relación con el orden de la razón, de la moral y de la sociedad, muestran signos de «extravío». Ese es el espíritu con que el gobierno abre en París el Hospital General, con Bicêtre y la Salpêtrière; poco antes, san Vicente de Paul había transformado el antiguo leprosario de Saint-Lazare en una prisión de este tipo; y muy pronto

Charenton, que primero fue un hospital, siguió el modelo de esas nuevas instituciones. En Francia, cada gran ciudad poseerá su hospital general.

Esos establecimientos no tienen ninguna vocación médica. Allí no se admite a los internos para curarlos. Quien entra lo hace porque ya no puede más o porque ya no debe formar parte de la sociedad. En el encierro que sufre el loco junto con muchos otros en la época clásica no están en juego las relaciones de la locura con la enfermedad, sino las relaciones de la sociedad consigo misma, con lo que reconoce y con lo que no reconoce en la conducta de los individuos. La internación es sin duda una medida de asistencia, tal como atestiguan las numerosas fundaciones que la benefician. Pero es un sistema cuyo ideal sería permanecer enteramente encerrado en sí mismo: en el Hospital General, como en las *Workhouses* de Inglaterra, que son más o menos contemporáneas, reina el trabajo forzado. Se hila, se teje, se fabrican objetos diversos que venden a bajo precio para que la ganancia permita que el hospital funcione. Pero la obligación de trabajar tiene también una función de sanción y de control moral. Lo que ocurre es que, en el mundo burgués que se está constituyendo entonces, acaba de definirse un vicio mayor, el pecado por excelencia en el mundo del comercio: el gran pecado ya no es el orgullo ni la avaricia, como en la Edad Media, es la ociosidad. La categoría común que agrupa a todos los que residen en las casas de internación es la incapacidad de formar parte de la producción, de la circulación o de la acumulación de riquezas (sea por su propia culpa o por accidente). La exclusión que se les aplica responde a la medida de esa incapacidad e indica la aparición en el mundo moderno de una cesura que antes no existía. En sus orígenes y en su sentido primordial, la internación estuvo pues ligada a esta reestructuración del espacio social.

Ese fenómeno fue doblemente importante para la constitución de la experiencia contemporánea de la locura. Primero, porque la locura, durante tanto tiempo manifiesta y habladora, tanto tiempo presente en el horizonte, desapareció. Entró en un período de silencio del que no saldrá durante mucho tiempo. Fue despojada de su lenguaje y, si bien se pudo continuar hablando de ella, ya le fue imposible hablar de sí misma. Imposible al menos hasta Freud, que fue el primero en reabrir la posibilidad de que la

razón y la sinrazón se comunicaran en el peligro de un lenguaje común, siempre pronto a romperse y a disgregarse en lo inaccesible. Por otra parte, en la internación, la locura constituyó nuevos y extraños parentescos. Ese espacio de exclusión que agrupaba, junto a los locos, a los que sufrían enfermedades venéreas, a los libertinos y a numerosos criminales mayores o menores, provocó una suerte de oscura asimilación. Y la locura quedó emparentada con las culpas morales y sociales en una relación que no parece próxima a romperse. No debe sorprendernos que desde el siglo XVII se haya descubierto una cierta filiación entre la locura y todos los «crímenes del amor», ni que, desde el siglo XIX, la locura se haya convertido en la heredera de los crímenes que encuentran en ella su razón de ser y, a la vez, su razón de no ser crímenes, ni que en el siglo XX la locura haya descubierto, en el centro de sí misma, un núcleo primitivo de culpabilidad y de agresión. Todo esto no es el descubrimiento progresivo de lo que es la locura en su verdadera naturaleza; solo es la sedimentación de lo que la historia de Occidente ha hecho de ella desde hace trescientos años. La locura es mucho más «histórica» de lo que habitualmente se cree, pero también mucho más «joven».

La función primera de la reclusión, que fue silenciar la locura, no duró más de un siglo. A partir de mediados del siglo XVIII, la inquietud renació. El loco hace su reaparición en los paisajes más familiares. Nuevamente se lo encuentra formando parte de la vida cotidiana. *El sobrino de Rameau* así lo atestigua. Y es que en esa época, el mundo correccional en el que se aprisionaba la locura en medio de tantas faltas, pecados y crímenes comienza a dislocarse. Denuncias políticas de secuestros arbitrarios, crítica económica de las fundaciones y de la forma tradicional de la asistencia, temor popular a esos establecimientos, como Bicêtre o Saint-Lazare que adquieren el valor de hogares del mal... Todo el mundo reclama la abolición de la reclusión. Devuelta a su antigua libertad, ¿qué será entonces de la locura?

Los reformadores anteriores a 1789 y a la Revolución misma quisieron suprimir la reclusión como símbolo de la antigua opresión y, al mismo tiempo, restringir en la medida de lo posible la asistencia hospitalaria como signo de la existencia de una clase miserable. Se procuró definir una fórmula de seguros financieros y de cuidados médicos que los pobres pudieran recibir en su domicilio como una manera de sustraerlos al miedo al hospital. Pero los locos tienen la particularidad de que, restituidos a la libertad, pueden llegar a ser peligrosos para su familia y para el grupo donde se encuentren. De ahí la necesidad de contenerlos y la sanción penal que se inflige a quienes «dejan vagar a los locos y a los animales peligrosos».

Para resolver este problema, desde la Revolución y luego durante el Imperio, las antiguas casas de reclusión se vieron consagradas poco a poco a la internación de los locos, pero esta vez *solo para locos*. De modo que la filantropía de la época liberó a todos los demás, *salvo* a los locos. Estos pasaron a ser los herederos naturales de la internación y los titulares privilegiados de las viejas medidas de exclusión.

Es indudable que la reclusión adquiere entonces una nueva significación: se transforma en una medida de carácter médico. Pinel en Francia, Tuke en Inglaterra y Wagnitz y Reil en Alemania asocian sus nombres a esta reforma. Y no hay ninguna historia de la psiquiatría ni de la medicina que no descubra en estos personajes los símbolos de un doble advenimiento: el de un humanismo y una ciencia por fin positiva.

Pero las cosas fueron muy diferentes. Tanto Pinel y Tuke como sus contemporáneos y sus sucesores fueron incapaces de desactivar las antiguas prácticas de la reclusión. Por el contrario, las reforzaron en torno al loco. Se suponía que el asilo ideal que Tuke creó cerca de York reconstituiría alrededor del alienado una cuasi familia en la que se sentiría como en su casa. En realidad, lo que hizo la institución fue someterlo a un control social y moral ininterrumpido. Curarlo significará reinculcarle los sentimientos de dependencia, de humildad, de culpabilidad y de reconocimiento que son la armadura moral de la vida familiar. Para conseguir tales objetivos, se utilizaban medios tales como las amenazas, los castigos, las privaciones

alimenticias, las humillaciones; en suma, todo lo que podía *infantilizar* y, a la vez, *culpabilizar* al loco. En Bicêtre, después de haber «liberado a los encadenados» que se hallaban en el establecimiento en 1793, Pinel emplea técnicas semejantes. Es verdad que eliminó las ataduras materiales (aunque no todas) que restringían físicamente a los enfermos, pero reconstituyó alrededor de ellos todo un encadenamiento moral que transformó el manicomio en una suerte de instancia perpetua de juicio: al loco había que vigilarlo en sus gestos, rebajarlo en sus pretensiones, contradecirlo en su delirio, ridiculizarlo en sus errores: toda desviación de una conducta normal debía ser inmediatamente sancionada siguiendo las directivas del médico, quien, más que una intervención terapéutica, debía aplicar un control ético. En la institución mental, él es el agente de las síntesis morales.

Pero hay más. A pesar de la gran extensión de las medidas de reclusión, la edad clásica había dejado, hasta cierto punto, que las prácticas médicas concernientes a la locura subsistieran y se desarrollaran. En los hospitales comunes había sectores reservados a los locos donde se les aplicaba un tratamiento, y los textos médicos de los siglos XVII y XVIII intentaban definir, sobre todo con la gran multiplicación de los vapores y las enfermedades nerviosas, las técnicas más apropiadas para curar a los dementes. Los tratamientos no eran ni psicológicos ni físicos; eran ambas cosas a la vez: la distinción cartesiana de la *res extensa* y la *res cogitans* no había afectado a la unidad de las prácticas médicas. Se sometía al enfermo a una ducha o un baño de inmersión para refrescar sus espíritus o sus fibras. Se le inyectaba sangre fresca para renovarle la circulación perturbada. Se procuraba provocar en él impresiones vivas para modificar el curso de su imaginación.

Ahora bien, esas técnicas que la fisiología de la época justificaba fueron retomadas por Pinel y sus sucesores en un contexto puramente represivo y moral. La ducha ya no refresca sino que castiga. Ya no debe aplicársela al enfermo cuando está «acalorado», sino cuando ha cometido una falta. Todavía en pleno siglo XIX, Leuret someterá a sus enfermos a una ducha helada en la cabeza e iniciará con ellos, en ese mismo momento, un diálogo en el que los forzará a confesar que su creencia no es más que un delirio. El

siglo XVIII había inventado además una máquina rotativa sobre la que se colocaba al enfermo para dar movimiento al curso de sus espíritus, demasiado fijado en una idea delirante, y permitirle así reencontrar sus circuitos naturales. En el siglo XIX, el sistema se perfecciona y adquiere un carácter estrictamente punitivo: a cada manifestación delirante, se hace girar al enfermo hasta que caiga desmayado, salvo que se arrepienta antes. También se concibe una jaula móvil que gira sobre sí misma según un eje horizontal y cuyo movimiento se acelera a medida que el enfermo encerrado en ella es presa de mayor agitación. Todos estos juegos médicos son las versiones manicomiales de antiguas técnicas fundadas en una fisiología por entonces ya abandonada. Lo esencial es que la institución mental fundada en la época de Pinel para internar a los locos no representa la «medicalización» de un espacio social de exclusión, sino la confusión, en el interior de un régimen moral único, de técnicas que tenían un carácter de precaución social con otras que respondían a una estrategia médica.

A partir de ese momento es precisamente cuando la locura deja de ser considerada un fenómeno global que afecta a la vez —por intermedio de la imaginación y el delirio— al cuerpo y al alma. En el nuevo mundo del manicomio, en ese mundo de la moral que castiga, la locura se ha transformado en un hecho que concierne esencialmente al alma humana, a su culpa y a su libertad. Desde entonces, se inscribe en la dimensión de la interioridad. Y por eso mismo, por primera vez en el mundo occidental, la locura recibe estatus, estructura y significación psicológicos. Pero esta psicologización no es más que la consecuencia superficial de una operación más sorda situada en un nivel más profundo: una operación que encierra la locura en el sistema de los valores y las represiones morales. Queda circunscrita dentro de un sistema punitivo en el que el loco, reducido a la condición de un menor, se encuentra asimilado de pleno derecho a un niño y en el que la locura, culpabilizada, queda originariamente vinculada con la falta. En consecuencia, no debe sorprendernos que toda la psicopatología —la que comienza con Esquirol, pero también la nuestra— esté regida por tres temas que definen su problemática: las relaciones de la libertad con el automatismo; los fenómenos de regresión y estructura infantil de las

conductas; y, por último, la agresión y la culpabilidad. Lo que se descubre a título de «psicología» de la locura es solamente el resultado de las operaciones mediante las cuales se la investiga. Toda esa psicología no existiría sin el *sadismo moralizador* en que la encierra la «filantropía» del siglo XIX, bajo las apariencias hipócritas de una «liberación».

Podría decirse que todo saber está asociado a formas esenciales de crueldad. El conocimiento de la locura no constituye ninguna excepción. Por el contrario, en su caso, esa relación es singularmente importante; en primer lugar, porque es la que hizo posible un análisis psicológico de la locura, pero, sobre todo, porque fue la que secretamente fundó la posibilidad de toda psicología. No hay que olvidar que la psicología «objetiva» o «positiva» o «científica» tuvo su origen histórico y su fundamento en una experiencia patológica. Fue el análisis de los desdoblamientos lo que autorizó una psicología de la personalidad, el análisis de los automatismos y del inconsciente lo que fundó una psicología de la conciencia, un análisis de los déficits lo que impulsó una psicología de la inteligencia. Dicho de otro modo, el hombre solo llegó a ser una «especie psicoanalizable» a partir del momento en que su relación con la locura permitió la psicología; es decir, a partir del momento en que su relación con la locura fue definida por la dimensión exterior de la exclusión y del castigo y por la dimensión interior de la asignación moral y de la culpabilidad. Al situar la locura en relación con esos dos ejes fundamentales, el hombre de comienzos del siglo XIX proporcionaba un *medio de actuar sobre* la locura y, a través de él, daba lugar a una psicología general.

Esta experiencia de la Sinrazón en la que justamente hasta el siglo XVIII el hombre occidental hallaba la noche de su verdad y su impugnación absoluta se ha convertido, y así continúa siendo hoy para nosotros, en la vía de acceso a la verdad natural del ser humano. Y se comprende, pues, que esta vía de acceso sea tan ambigua y que a la vez invite a las reducciones objetivas (según la vertiente de la *exclusión*) y solicite sin cesar la introspección (según la vertiente de la asignación moral). Toda la estructura

epistemológica de la psicología contemporánea hunde sus raíces en este acontecimiento, que es más o menos contemporáneo de la Revolución y que concierne a la relación del hombre consigo mismo. La «psicología» no es más que una delgada película que se extiende por la superficie del mundo ético en que el hombre moderno busca su verdad... y la pierde. Nietzsche, a quien se le ha hecho decir lo contrario, lo había visto claramente.

Por consiguiente, una psicología de la locura no puede ser sino irrisoria y, sin embargo, aborda lo esencial.

Irrisoria porque, al querer hacer la psicología de la locura, se le exige a la psicología que limite sus propias condiciones, que retorne a lo que la hizo posible y que soslaye lo que para ella es, por definición, insuperable. La psicología nunca podrá decir la verdad sobre la locura, puesto que es la locura la que posee la verdad de la psicología. Y, sin embargo, una psicología de la locura no puede sino ir a lo esencial, puesto que se dirige oscuramente hacia el punto en el que se reúnen sus posibilidades; es decir, que remonta su propia corriente y se encamina hacia esas regiones en las que el hombre se relaciona consigo mismo e inaugura esa forma de alienación que lo hace volverse un *homo psychologicus*. Llevada hasta su raíz, la psicología de la locura sería, no el dominio de la enfermedad mental (y, a través de ese dominio, la posibilidad de su desaparición), sino la destrucción de la psicología misma y la exposición explícita de esa relación esencial (y no psicológica porque no es moralizable) que es la relación de la razón con la insensatez.

Esta relación es la que, a pesar de todas las miserias de la psicología, está presente y visible en las obras de Hölderlin, de Nerval, de Roussel y de Artaud, y que contiene la promesa de que el hombre algún día quizá pueda verse libre de toda psicología en el gran enfrentamiento trágico con la locura.

Capítulo 6

LA LOCURA, ESTRUCTURA GLOBAL

Lo que acabamos de decir no tiene el valor de una crítica *a priori* de todo intento de delinear los fenómenos de la locura o de definir una táctica de curación. Se trata solamente de mostrar que entre la psicología y la locura existe una relación tal y un desequilibrio tan fundamental que hacen vano todo esfuerzo por tratar la totalidad de la locura, su esencia y su naturaleza en la perspectiva de la psicología. La noción misma de «enfermedad mental» es la expresión de ese esfuerzo condenado de entrada al fracaso. Lo que se llama «enfermedad mental» no es sino la *locura alienada*, alienada en esa psicología que ella misma hizo posible.

Algún día será preciso hacer un estudio de la locura como estructura global, de la locura liberada y desalienada, restituida de alguna manera a su lenguaje de origen.

Al principio parecería que no existe ninguna cultura que no sea sensible, en la conducta y el lenguaje de algunos de sus miembros, a ciertos fenómenos en relación con los cuales esa sociedad adopta una actitud particular: a esas personas no se las trata ni decididamente como a enfermos ni decididamente como a criminales, ni decididamente como a brujos, ni decididamente como a gente común y corriente. Hay en ellos algo que habla de la diferencia y llama a la diferenciación. Cuidémonos de decir que es la primera conciencia, oscura y difusa de lo que nuestro espíritu científico reconocerá como enfermedad mental. Es solamente el vacío en cuyo interior se alojará la experiencia de la locura. Pero bajo esta forma puramente negativa se trama ya una relación positiva, en la cual la sociedad

compromete y arriesga sus valores. Así, el Renacimiento, después del gran temor de la muerte, el miedo al Apocalipsis y las amenazas del otro mundo, experimentó en este mismo mundo un nuevo peligro: el de una invasión sorda, procedente del interior y, por así decirlo, de una pequeña abertura secreta de la tierra; de manera tal que uno no sabe ya si es nuestro mundo el que se desdobla en un espejismo fantástico, si, por el contrario, es el otro mundo el que toma posesión de él, o si, finalmente, el secreto de *nuestro* mundo era ya ser —sin que nosotros lo supiéramos— el *otro.* Esta experiencia incierta y ambigua, que hace habitar la extrañeza en el corazón mismo de lo familiar, adquiere en los cuadros de El Bosco el estilo de lo visible: el mundo se puebla en todas esas conchas, en cada una de sus hierbas, de monstruos minúsculos, inquietantes e irrisorios que son a la vez verdad y mentira, ilusión y secreto, lo Mismo y lo Otro. El *Jardín de las delicias* no es la imagen simbólica y concertada de la locura, ni la proyección espontánea de una imaginación en pleno delirio. Es la percepción de un mundo suficientemente próximo y alejado de uno mismo para abrirse a la absoluta diferencia de lo Insensato. Frente a esta amenaza, la cultura del Renacimiento pone a prueba sus valores y los lanza al combate en un mundo más irónico que trágico. También a la razón se le atribuye esa condición desdoblada y desposeída de sí misma: se creía sabia y es loca; creía saber y en realidad ignora; se creía recta y delira. El conocimiento introduce en las tinieblas y en el mundo prohibido, cuando se creía que la razón nos estaba llevando a la luz eterna. Así se esboza todo un juego que dominará el Renacimiento. No es un juego escéptico, el juego de una razón que reconoce sus límites, sino un juego más fuerte, más arriesgado, más seriamente irónico de una razón que juega su partida con lo Insensato.

Recortadas sobre el fondo de estas experiencias muy generales y primitivas se forman otras que ya están más articuladas. Se trata de las valorizaciones positivas y negativas, de las formas de aceptación y de rechazo que conciernen a las experiencias que acabamos de indagar. Está claro que el siglo XVI ha valorado positivamente y ha reconocido lo que el siglo XVII iba a desconocer, desvalorizar y reducir al silencio. La locura en

el sentido más amplio se sitúa en ese punto: en ese nivel de sedimentación de los fenómenos de la cultura donde comienza la valorización negativa de lo que en su origen había sido entendido como lo Diferente, lo Insensato, lo Irrazonable. Allí intervienen las significaciones morales, entran en juego las defensas, las barreras se levantan y se organizan todos los ritos de exclusión. Según las culturas, estas exclusiones pueden ser de diferentes tipos: separación geográfica (como en esas sociedades indonesias en las que el hombre «diferente» vive solo, a veces a algunos kilómetros de la aldea), separación material (como en nuestras sociedades que practican la internación) o, simplemente, separación virtual, apenas visible desde el exterior (como a comienzos del siglo XVII en Europa).

Estas tácticas de separación sirven de marco a la percepción de la locura. El reconocimiento que permite decir «este es un loco» no es un acto simple ni inmediato. Reposa, en realidad, en cierto número de operaciones previas y sobre todo en ese recorte del espacio social que sigue las líneas de la valorización y de la exclusión. Cuando el médico cree diagnosticar la locura como un fenómeno de la naturaleza, la existencia de ese umbral es lo que permite emitir un juicio de locura. Cada cultura tiene su umbral particular que va evolucionando con la configuración de esa cultura. En nuestra sociedad, el umbral de sensibilidad a la locura ha descendido considerablemente desde mediados del siglo XIX; la existencia del psicoanálisis es el testimonio de ese descenso, en la medida en que no solo es su efecto sino también su causa. Hay que destacar que ese umbral no está ligado necesariamente a la agudeza de la conciencia médica: el loco puede ser perfectamente reconocido y aislado, sin que se le dé un estatus patológico preciso, como sucedía en Europa antes del siglo XIX.

Por último, vinculada con el nivel del umbral pero relativamente independiente de él, está la cuestión de la tolerancia a la existencia misma del loco. En el Japón actual, la proporción de locos reconocidos como tales por su entorno es sensiblemente semejante a la de Estados Unidos, solo que en este último país la intolerancia es grande, en el sentido de que el grupo social (esencialmente la familia) no es capaz de integrar o simplemente de aceptar a la persona mentalmente marginal; enseguida se exige la

hospitalización, el alojamiento en una clínica o simplemente la separación de la familia. Por el contrario, en Japón, el medio es mucho más tolerante y la hospitalización dista mucho de ser la regla. Una de las numerosas razones que hacen bajar la cantidad de internos en las instituciones europeas de salud mental durante las guerras y las crisis graves es que el nivel de las normas integradoras del medio experimenta una fuerte reducción y la sociedad se vuelve naturalmente más tolerante que en tiempos normales, cuando es más cohesiva y está menos presionada por el acontecimiento.

La conciencia médica de la locura puede por fin desarrollarse sobre el terreno constituido por esos cuatro niveles; y la percepción de la locura deviene entonces reconocimiento de la enfermedad. Pero todavía no hay nada que determine que necesariamente deba ser diagnosticada como enfermedad «mental». Ni la medicina árabe ni la de la Edad Media, ni siquiera la medicina poscartesiana admitían la distinción entre las enfermedades del cuerpo y las enfermedades del espíritu. Toda forma patológica implicaba al hombre en su totalidad. Y la organización de una psicopatología supone aún toda una serie de operaciones que, por un lado, permiten hacer una división entre la patología orgánica y el conocimiento de las enfermedades mentales y, por el otro, definen las leyes de una *metapatología* común a esos dos dominios cuyos fenómenos rige abstractamente. Esta organización teórica de la enfermedad mental está asociada a todo un sistema de prácticas: organización de la red médica, sistema de detección y de profilaxis, forma de la asistencia, distribución de los cuidados y tratamientos, criterios de la curación, definición de la incapacidad civil del enfermo y de su irresponsabilidad penal. En suma, todo un conjunto que define en una cultura dada la vida concreta del loco.

Pero esto no es más que la medida de todas las distancias que toma una sociedad en relación con esta experiencia mayor de lo Insensato, medida que progresivamente, gracias a divisiones sucesivas, deviene *locura, enfermedad* y *enfermedad mental*. Habría que mostrar, además, el movimiento contrario, es decir, cómo una cultura termina por expresarse,

positivamente, en los fenómenos que rechaza. Aun silenciada y excluida, la locura tiene un valor de lenguaje y sus contenidos adquieren sentido a partir de lo que la delata y la rechaza como locura. Tomemos el ejemplo de la enfermedad mental con las estructuras y perfiles que nuestra psicología cree reconocerle.

La enfermedad mental se sitúa en la evolución como una perturbación de su curso. Por su aspecto regresivo, hace aparecer conductas infantiles o formas arcaicas de la personalidad. Pero el evolucionismo se equivoca al ver en esos retornos la esencia misma de lo patológico y su origen real. Si bien la regresión a la infancia se manifiesta en las neurosis, en realidad no es más que un efecto. Para que la conducta infantil constituya para el enfermo un refugio, para que su reaparición sea considerada un hecho patológico irreductible, hace falta que la sociedad instaure entre el presente y el pasado del individuo un margen que no se puede ni se debe traspasar. Hace falta que la cultura solo integre el pasado obligándolo a desaparecer. Y nuestra cultura tiene sin duda esa marca. Cuando el siglo XVIII, con Rousseau y Pestallozzi, se preocupó por constituir para el niño un mundo a su medida, con reglas pedagógicas que siguieran su desarrollo, permitió que se formara alrededor de los niños un medio irreal, abstracto y arcaico, sin relación con el mundo adulto. Toda la evolución de la pedagogía contemporánea, con la meta irreprochable de preservar al niño de los conflictos propios de los adultos, acentúa la distancia que separa, para un ser humano, su vida de niño de su vida de hombre o mujer adultos. Es decir, que para ahorrarle conflictos al niño, lo expone a un conflicto mayor, a la contradicción entre su infancia y su vida real.[1] Si a esto agregamos que una cultura no proyecta directamente su realidad, con sus conflictos y contradicciones, en sus instituciones pedagógicas sino que la refleja indirectamente a través de los mitos que la excusan, la justifican y la idealizan en una coherencia quimérica y agregamos además que una sociedad sueña en sus pedagogías su edad de oro (piénsese en la de Platón y Rousseau, en la institución republicana de Durkheim, en el naturalismo pedagógico de la República de Weimar), comprendemos que las fijaciones o regresiones patológicas solo son posibles dentro de cierta cultura, que se

multiplican en la medida en que las formas sociales no permiten liquidar el pasado y asimilarlo al contenido actual de la experiencia. Las neurosis de regresión no manifiestan la naturaleza neurótica de la infancia sino que delatan el carácter arcaizante de las instituciones que se ocupan de ella. El paisaje que da lugar a esas formas patológicas es el conflicto que se crea en el seno de una sociedad entre las formas de educación del niño —en las que oculta sus sueños— y las condiciones que ofrece a los adultos, en las que se leen, por el contrario, su presente real y sus miserias. Lo mismo podría decirse con referencia al desarrollo cultural: los delirios religiosos, con su sistema de aserciones y el horizonte mágico que siempre implican, se ofrecen como regresiones individuales respecto del desarrollo social. No es que la religión sea por naturaleza delirante, ni que el individuo pueda retrotraerse, más allá de la religión actual, a sus orígenes psicológicos más dudosos. Pero el delirio religioso está en función de la laicización de la cultura: la religión puede ser objeto de una creencia delirante en la medida en que la cultura de un grupo ya no permita asimilar las creencias religiosas o místicas al contenido actual de la experiencia. A ese conflicto y a la exigencia de superarlo corresponden los delirios mesiánicos, la experiencia alucinatoria de las apariciones y las evidencias de la llamada fulminante que restauran, en el universo de la locura, la unidad desgarrada en el mundo real. El horizonte histórico de las regresiones psicológicas está, pues, en un conflicto de temas culturales, cada uno de los cuales viene marcado por un índice cronológico que delata sus diversos orígenes históricos.

La historia individual, con sus traumatismos y sus mecanismos de defensa y sobre todo con la angustia que la atormenta, pareció formar otra de las dimensiones psicológicas de la enfermedad. El psicoanálisis instaló en el origen de esos conflictos un debate «metapsicológico», en las fronteras de la mitología («los instintos son nuestros mitos» decía el mismo Freud), entre el instinto de vida y el instinto de muerte, entre el placer y la repetición, entre Eros y Tánatos. Pero esto no es más que erigir como solución lo que se afronta en el problema. Si la enfermedad encuentra un modo privilegiado de expresión en ese entrelazamiento de conductas contradictorias, ello no implica que los elementos de la contradicción se

yuxtapongan, como segmentos de conflicto, en el inconsciente humano, solo muestra que el hombre tiene una experiencia contradictoria del hombre. Las relaciones sociales que determina una cultura, con las formas de la competencia, de la explotación, de la rivalidad entre grupos o de las luchas de clase, ofrecen al individuo una experiencia de su medio humano acosada sin cesar por la contradicción. El sistema de las relaciones económicas lo ata a los demás, pero con los lazos negativos de la dependencia. Las leyes de coexistencia que lo unen a sus semejantes en un mismo destino lo oponen a ellos en una lucha que, paradójicamente, no es sino la forma dialéctica de esas leyes. La universalidad de los vínculos económicos y sociales le permite reconocer una patria en el mundo y leer una significación común en la mirada de todo hombre, pero esta significación puede ser también la de la hostilidad, y esa patria puede revelarlo como un extranjero. El hombre se ha convertido para el hombre tanto en el rostro de su propia verdad como en la eventualidad de su muerte. Solo en lo imaginario puede encontrar la condición fraterna en la que sus relaciones sociales hallan estabilidad y coherencia: el prójimo se ofrece siempre en una experiencia que la dialéctica de la vida y la muerte vuelve precaria y peligrosa. El complejo de Edipo, núcleo de las ambivalencias familiares, es como la versión reducida de esta contradicción: el niño no trae consigo, como un equívoco de sus instintos, ese odio amoroso que lo ata a sus padres; lo encuentra solo en el universo adulto, especificado por la actitud de sus padres que descubren implícitamente en su propia conducta el viejo tema de que la vida de los niños es la muerte de los padres. Más aún: no es casual que Freud, al reflexionar sobre las neurosis de guerra, haya descubierto como revés del instinto de vida, en el que aún se expresaba el viejo optimismo europeo del siglo XVIII, un instinto de muerte que presentaba por primera vez en la psicología la potencia de lo negativo. Freud quería explicar la guerra, pero la guerra es lo que se sueña en ese giro del pensamiento freudiano. O más precisamente, nuestra cultura vivía en aquella época, de una manera clara para sí misma, la experiencia de sus propias contradicciones: había que renunciar al viejo sueño de la solidaridad y admitir que el hombre podía y debía tener del hombre una

experiencia negativa, vivida con odio y agresión. Los psicólogos dieron a esa experiencia el nombre de *ambivalencia* y vieron en ella un conflicto de instintos. Mitología sobre tantos mitos muertos.

Por último, los fenómenos mórbidos parecían designar en su convergencia una estructura singular del mundo patológico. Y ese mundo ofrecería, al examen del fenomenólogo, la paradoja de ser el «mundo privado» inaccesible al que se retira el enfermo para vivir una existencia arbitraria de fantasía y de delirio y, al mismo tiempo, el universo de restricción al que está condenado en la forma de abandono. Esta proyección contradictoria sería uno de los movimientos esenciales de la enfermedad. Pero esta forma patológica es secundaria en relación con la contradicción real que la suscita. El determinismo que la sustenta no es la causalidad mágica de una conciencia fascinada por su mundo, sino la causalidad efectiva de un universo que por sí solo no puede ofrecer una solución a las contradicciones a que da lugar. Si el mundo proyectado en la fantasía de un delirio aprisiona la conciencia que lo proyecta, no es que la conciencia se amarre a sí misma, no es que allí se despoje de sus posibilidades de ser. Lo que ocurre es que el mundo, al enajenarle su libertad, no puede reconocer su locura. Al abrirse a un mundo delirante, la conciencia mórbida se lía, no a causa de una sujeción imaginaria sino que, al sufrir la presión real, se escapa a un mundo mórbido donde se encuentra también con esa misma presión real pero sin reconocerla, pues la realidad no se supera tratando de sustraerse a ella. Se habla mucho de la locura contemporánea, vinculada con el universo de la máquina y con el debilitamiento de las relaciones afectivas directas entre las personas. Ese vínculo no es en modo alguno falso y no es casual que, en nuestros días, el mundo mórbido adquiera con tanta frecuencia la apariencia de un mundo en el que la racionalidad mecanicista excluye la espontaneidad continuada de la vida afectiva. Pero sería absurdo decir que el hombre enfermo mecaniza su universo porque proyecta un universo esquizofrénico en el que se pierde; y hasta sería falso pretender que es esquizofrénico porque para él ese es el único medio de sustraerse a las presiones de su universo real. En realidad, cuando el hombre permanece ajeno a lo que pasa en su lenguaje, cuando no puede

reconocerle una significación humana y viva a las producciones de su actividad, cuando las determinaciones económicas y sociales lo constriñen y ya no puede encontrar su patria en ese mundo, está claro que ese individuo vive en una cultura que hace posible una forma patológica como la esquizofrenia. Extranjero en el mundo real, es enviado a un «mundo privado» que ya no puede garantizarle ninguna objetividad. Sometido, sin embargo, a las presiones de un mundo real, el enfermo vive ese universo al que huye como un destino. El mundo contemporáneo hace posible la esquizofrenia, no porque sus acontecimientos lo vuelvan inhumano y abstracto, sino porque nuestra cultura hace del mundo una lectura tal que el hombre mismo ya no puede reconocerse en él. Solo el conflicto real de las condiciones de existencia puede servir de modelo estructural para comprender las paradojas del mundo esquizofrénico.

En resumen, podemos decir que no es posible encarar las dimensiones psicológicas de la enfermedad como dimensiones autónomas sin recurrir a algún sofisma. Es cierto que podemos situar la enfermedad mental en relación con la historia psicológica e individual, en relación con formas de existencia. Pero si no queremos recurrir a explicaciones míticas, como la evolución de las estructuras psicológicas o la teoría de los instintos o una antropología existencial, no podemos hacer de esos diversos aspectos de la enfermedad formas ontológicas. En realidad, solo en la historia podemos descubrir el único *a priori* concreto en el que la enfermedad mental adquiere, con la apertura vacía de su posibilidad, sus figuras necesarias.

CONCLUSIÓN

Deliberadamente hemos pasado por alto los problemas fisiológicos y anatomopatológicos que conciernen a la enfermedad mental, así como los referentes a las técnicas curativas. No se trata de que el análisis psicopatológico sea, de hecho o de derecho, independiente; para probar lo contrario bastarían los descubrimientos recientes en fisiología de los centros diencefálicos y la función reguladora que cumplen en la vida afectiva; o la luz que continuamente han arrojado, desde las primeras experiencias de Breuer y de Freud, los desarrollos de la estrategia psicoanalítica. Pero ni la fisiología ni la terapéutica pueden transformarse en esos puntos de vista absolutos a partir de los cuales es posible resolver o suprimir la psicología de la enfermedad mental. Hace ya ciento cuarenta años que Bayle descubrió las lesiones específicas de la parálisis general y que comprobó, con suficiente constancia, que en las fases iniciales de su sintomatología aparecía un delirio de grandeza y, sin embargo, aún seguimos sin saber por qué esa exaltación hipomaníaca es precisamente uno de los rasgos que acompaña tales lesiones. Y, aunque el éxito de la intervención psicoanalítica equivale justamente a poner en evidencia la «verdad» de la neurosis, lo cierto es que la revela dentro de un nuevo drama psicológico al que la asocia.

Las dimensiones psicológicas de la locura no pueden contenerse partiendo de un principio de explicación o de reducción que sería exterior a ellas. Debemos situarlas en el interior de esa relación general que, hace ya dos siglos, estableció el hombre occidental consigo mismo. Esa relación, vista desde el ángulo más agudo, es esta psicología en la que ha puesto un

poco de su asombro, mucho de su orgullo y lo esencial de su capacidad de olvido. En una perspectiva más amplia, es el surgimiento, en las formas del saber, del *homo psychologicus*, encargado de poseer la verdad interior, descarnada, irónica y positiva de toda conciencia de sí y de todo conocimiento posible. Por último, contemplada desde el ángulo más amplio, esta relación es la que el hombre ha adoptado para sustituir su relación con la verdad, alienándola en ese postulado fundamental según el cual él mismo es la verdad de la verdad.

Esta relación que funda filosóficamente toda psicología posible no pudo ser definida sino a partir de un momento preciso de la historia de nuestra civilización: el momento en que la gran confrontación de la Razón y la Insensatez dejó de librarse en la dimensión de la libertad y en el que la razón cesó de ser para el hombre una ética y pasó a ser una naturaleza. Así, la locura devino naturaleza de la naturaleza; es decir, proceso que aliena la naturaleza y la encadena a su determinismo, mientras que la libertad también devino naturaleza de la naturaleza, pero en el sentido de alma secreta, de esencia inalienable de la naturaleza. Y el hombre, en lugar de quedar situado ante la gran división de lo Insensato y en la dimensión que inaugura, devino, en el nivel de su ser natural, *una cosa* y *la otra*, locura y libertad, y así obtuvo, por el privilegio de su esencia, el derecho de ser naturaleza de la naturaleza y verdad de la verdad.

La psicología jamás podrá dominar la locura, y hay una buena razón para ello: que la psicología no pudo existir en nuestro mundo hasta que la locura no estuvo dominada y excluida del drama. Y cuando esta reaparece, expresada en destellos y alaridos, como en Nerval o Artaud, como en Nietzsche o Roussel, la psicología calla y se queda *sin palabras* ante ese lenguaje que toma el sentido de las suyas de ese desgarramiento trágico y de esa libertad que, para el hombre contemporáneo, solo la existencia de los «psicólogos» sanciona con el pesado olvido.

ALGUNAS FECHAS DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

1793 Pinel asume el cargo de jefe de médicos de las enfermerías de Bicêtre.

1822 Tesis de Bayle, *Investigaciones sobre las enfermedades mentales* (definición de la parálisis general).

1838 Ley de los alienados.

1843 Baillarger funda los *Anales médico-psicológicos.*

1884 Jackson, *Croonian Lectures.*

1889 Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie.*

1890 Magnan, *La folie intermittente.*

1893 Breuer y Freud, *Estudios sobre la histeria.*

1894 Janet, *El automatismo psicológico.*

1909 Freud, *Análisis de la fobia de un niño de cinco años.*

1911 Freud, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente.*

1911 Bleuler, *La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias.*

1913 Jaspers, *Psicopatología general.*

1921 Freud, *Más allá del principio de placer.*

1926 Pavlov, *Lecciones sobre la actividad de la corteza cerebral.*

1928 Monakow y Mourgue, *Introducción biológica a la neurología y a la psicopatología.*

1933 L. Binswanger, *Ideenflucht.*

1936 Egas Moniz practica las primeras lobotomías.

1938 Cerletti comienza a aplicar el electroshock.

Notas

[1] Dupré, *La constitution émotive*, 1911.

[2] Delmas, *La pratique psychiatrique*, 1929.

[3] G. Ballet, «La psychose périodique», *Journal de Psychologie*, 1909-1910.

[4] Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie* (1889).

[5] E. Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911).

[6] Goldstein, *Journal de Psychologie*, 1933.

[7] Leriche, *Philosophie de la Chirurgie.*

[1] *Facteurs de la folie*, Selected Papers, II, p. 411.

[2] Spitz, *L'hospitalisme*.

[3] G. Guex, *Les névroses d'abandon.*

[4] Freud, *Cinq psychanalyses*, p. 111.

[5] C. Jackson, *Facteurs de la folie*, trad. francesa, p. 30.

[6] Monakov y Mourgue, *Introduction biologique à la neurologie*, p. 178.

[1] En *Ma vie et la psychanalise*, Freud cita la influencia de Darwin en la primera orientación de su pensamiento.

[2] Hablaremos aquí muy someramente de la teoría psicoanalítica por cuanto será expuesta en su conjunto por la señora Boutonier.

[3] *Introduction à la psychanalyse*, p. 270.

[4] *Les origines du caractère chez l'enfant*, p. 217.

[5] *Cinco conferencias sobre psicoanálisis.*

[6] Anna Freud, *Le moi et les mécanismes de défense*, p. 39.

[7] *Introduction à la psychanalyse*, p. 286.

[8] *Cinq psychanalyses: «Le Président Schreber»*, p. 301.

[9] A. Freud, *Le traitement psychanalytique des enfants.*

[10] *Introduction à la psychanalyse*, p. 287.

[11] A partir de Bleuler se conoce esta unidad contradictoria de la conducta y de la vida afectiva como «ambivalencia».

[1] K. Jaspers, *Psicopatología general*.

[2] Esta es la perspectiva que adoptó Wyrsch para estudiar la esquizofrenia *(Die Person des Schizophrenen)*.

[3] Séchehaye, *Journal d'une schizophrène*, pp. 50 y 56.

[4] Minkowski, *Le temps vécu*.

[5] Binswanger, «Der Fall Jürg Zünd», *Schweizer Archiv f. Newr.*, 1946.

[6] Minkowski, *Le temps vécu*.

[7] *Journal d'une schizophrène*, pp. 6 y 7.

[8] En Ajuriaguerra y Hecaen, *Les hallucinations corporelles.*

[9] Bingwanger, «Der Fall Ellen West», *Archiv. Schw. f. Neur.*, 1943.

[10] R. Kuhn, «Mordversuch eines depressiven Fetichisten», *Monatschrift für Psychiatrie*, 1948.

[11] R. Kuhn, ibíd.

[12] Binswanger, «Traum und Existenz», *Neue Schweizer Runschau*, 1930.

[1] *Échantillons de civilisations [Patterns of Culture]*.

[1] Probablemente en esta heterogeneidad y en el margen que separa esas dos formas de vida se halle la raíz de ese fenómeno que Freud describió como fase de latencia y asoció con un mítico retiro de la libido.

Enfermedad mental y psicología
Michel Foucault

No se permite la reproducción total o parcial de este libro,
ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión
en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico,
mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos,
sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción
de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito
contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes
del Código Penal)

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos)
si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.
Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com
o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Título original: *Maladie mentale et psychologie*
Publicado originalmente en francés por Presses Universitaires de France

Obra editada en colaboración con Editorial Paidós SAICF - Argentina

© del diseño de la cubierta: Planeta Arte & Diseño
© de la ilustración de la cubierta, Elke Hesser - Getty Images

© Presses Universitaires de France

© Editorial Paidós SAICF

© de la traducción, Alcira Bixio, 2016

© de esta edición,
Espasa Libros, S. L. U., 2016
Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): septiembre de 2016

ISBN: 978-84-493-3252-4 (epub)

Conversión a libro electrónico: Àtona - Víctor Igual, S. L.
www.victorigual.com